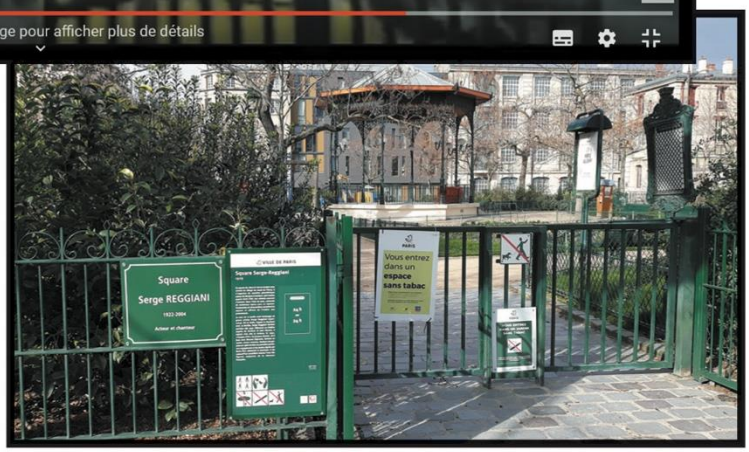
Mortalité des personnes sans domicile 2020

Publiée en novembre 2021

DÉNOMBRER & DÉCRIRE

Rapport annuel 2021
Données 2020



COLLECTIF Les MORTS de La RUE

EDITO

Lorsque le premier confinement a débuté en France le 17 mars 2020, chacun a été renvoyé à son foyer pour se protéger de la pandémie de covid-19, les personnes sans chez soi n'ayant nulle part où aller…. L'invisible était devenu visible. La vie à la rue n'est déjà pas facile, elle l'est encore moins en temps de pandémie.

Ces premières semaines ont entraîné des conséquences immédiates pour les personnes sans abri, vivant en squat ou dans des campements : fermeture des points d'eau, WC et douches, suppression des distributions alimentaires, fermeture de certains accueils de jour, limitation des maraudes. Du jour au lendemain, *« ces personnes se sont retrouvées dans l'incapacité de pouvoir satisfaire leurs besoins de première nécessité »* comme le mentionne la Fondation Abbé Pierre[1].

Les structures d'hébergement ont poursuivi leur activité en tachant de répondre à de multiples défis[2] : absence de matériel de protection individuelle, personnel en effectif réduit, mise en place de mesures de distanciation et d'isolement dans des lieux non prévus à cet effet, respect des règles sanitaires, …

Des décisions fortes sont prises pour mettre à l'abri, « sortir de la rue » : prolongement de la trêve hivernale[3] et maintien des 14 000 places d'hébergement du plan hiver au-delà de la trêve, ouverture de 2000 places d'hôtel supplémentaires[4] (près de 11 400 places au 4 mai 2020), ouverture de centres d'hébergements spécialisés (CHS) pour la prise en charge des cas de covid-19 (97 CHS créés, soit 3600 places au 4 mai 2020)[5] et mobilisation d'environ 6000 places dans des bâtiments comme des villages vacances (VVF), des centres UCPA et de l'Agence nationale pour la formation professionnelle (AFPA)[6]. A cette augmentation substantielle de la capacité d'hébergement d'urgence, s'est ajoutée la mise en place de chèques et tickets services pour permettre à 155 000 personnes sans domicile de d'accéder à des biens essentiels[7].

Malgré tout, le Collectif Les Morts de la Rue (CMDR) a recensé, en 2020, le décès de 587 personnes sans chez soi, 587 personnes qui étaient sans logement personnel, à la rue, dans un abri, en squat ou encore dans une structure d'hébergement au cours de leurs derniers mois de vie.

Si ce chiffre interpelle, il ne s'agit pourtant que d'une vision partielle de cette sombre réalité. Depuis 9 ans, salariés et bénévoles de l'association s'efforcent de recenser systématiquement les décès de personnes sans domicile en France mais le résultat est loin d'être exhaustif. Selon l'étude effectuée en 2014 par des scientifiques extérieurs au CMDR, la réalité se tiendrait autour d'un peu plus de 2000 décès par an (6730 personnes sans domicile décédées entre 2008 et 2010)[8].

L'appui reçu, depuis 2012, de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et aujourd'hui celui de la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL) ont permis de structurer la surveillance menée par le Collectif Les Morts de la Rue mais de nombreux points restent encore à améliorer.

A ce jour, il n'est ainsi pas possible de décrire précisément l'effet de la crise sanitaire sur la mortalité des personnes sans chez soi, d'autant plus que la surveillance de la mortalité du CMDR n'est pas

---

[1] Rapport sur l'état du mal logement en France, 2021.
[2] Rapport d'information fait au nom de la Commission des finances sur la politique d'hébergement d'urgence par M. Philippe DALLIER, Sénateur. 26 mai 2021.
[3] Communiqué de presse du ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales du 13/03/2020.
[4] Communiqué de presse du 21/03/2020.
[5] Communiqué de presse du 20/03/2020.
[6] Communiqué de presse du 4/05/2020.
[7] Communiqué de presse du 20/04/2020.
[8] C. Vuillermoz, A. Aouba, L. Grout, S. Vandentorren, F. Tassin, L. Vazifeh, et al. Estimating the number of homeless deaths in France, 2008–2010. BMC public health. 7 juill 2014;14:690.

exhaustive. Si une hausse inhabituelle des décès a bien été observée au cours du premier confinement et parmi eux, majoritairement des décès de personnes nées à l'étranger, c'est une très légère baisse (- 1,5%) qui est constatée sur l'ensemble de l'année.

La mobilisation sans précédent des acteurs de l'urgence sociale et des pouvoirs publics a permis d'atteindre des situations exceptionnelles au cours du premier confinement (baisse de 70 à 80% des appels au 115 entre les semaines 7 et 19, baisse des demandes non pourvues[9]) et a contribué à contenir l'impact de l'épidémie sur cette population vulnérable.

Certes, la mise à l'abri et l'hébergement d'urgence ne sont pas suffisants pour sortir durablement les personnes de la rue mais ces actions menées au cours du printemps 2020 constituent un précédent. Elles montrent que les pouvoirs publics peuvent agir massivement auprès de ce public vulnérable. Les données de 2020 viennent d'ailleurs le rappeler : il ne suffit pas de prendre des mesures « ponctuelles » aussi importantes soient-elles pour réduire la mortalité des personnes sans chez soi, elles se doivent d'être durables et soutenues dans le temps.

La mise en place d'un nouveau service public de la rue au logement [10] et l'engagement de la ministre déléguée au logement Emmanuelle Wargon à en finir avec « la gestion au thermomètre »[11] constituent ainsi des signaux encourageants.

Car il est temps…

Il est temps d'investir dans une politique ambitieuse pour mettre fin au sans-abrisme.

Il est temps de cesser de dénombrer les décès de ces personnes *« dont la survie est marquée par le recours à un abri précaire (tous ces territoires qui vont de l'abri ouvert ou couvert jusqu'à l'espace quasi-privé du squat) ou à un hébergement social »*[12].

[9] Fédération des acteurs de la solidarité. C. Lardoux. Impact du Covid-19 sur l'activité du 115 et le public pris en charge.
[10] Décret n°2021-326 du 25 mars 2021.
[11] Communiqué du 6/09/2021.
[12] P. Pichon. « Sortir de la rue : discontinuités biographiques et mobilisation des ressources », in Articles de recherche, « Les SDF. Trajectoires, représentations, politiques publiques », nov. 2003, pp. 135-150.

Mila, 17 ans, née en Slovaquie.

Mila vivait en famille avec ses parents, ses frères et sœurs dans un squat, un immeuble désaffecté. Connu des acteurs sociaux, la famille était suivi pour sa demande d'asile. Mila avait pu débuter un suivi médical car elle souffrait de plusieurs problèmes de santé. Le squat avait finalement été évacué mais la famille avait refusé les propositions d'hébergement. A la rue, non scolarisée, Mila ressent des signes évocateurs de la Covid-19. Elle décède dans un abri de fortune.

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

RECOMMANDATIONS

En 2020, le CMDR a recensé faute de solutions de logements dignes les décès de 587 personnes sans chez soi ou sans logement personnel (hébergements d'urgence, structures de soin, logements précaires et inadéquat, …).

Avoir un chez soi, ce n'est pas seulement avoir un lit sous un toit pour y passer la nuit. C'est *« avoir un lieu à soi, où l'intimité et la sécurité sont garanties et qui s'inscrit dans un espace délimité et privé ».* C'est habiter, cuisiner, avoir des voisins, scolariser les enfants, ... *« Avoir un chez soi renvoie aussi à la citoyenneté (au respect des droits fondamentaux et constitutionnels) et à l'accomplissement d'une vie pleine et entière ».*[13]

Face à ces constats dramatiques, le CMDR réitère un certain nombre de recommandations formulées les années précédentes dont la principale est la juste application du droit existant, notamment au niveau administratif (le droit à la domiciliation n'est pas effectif sur l'ensemble du territoire, tout comme l'accès à la demande d'asile, le tout numérique mis en place dans les préfectures et sous-préfectures renforce les inégalités envers les plus vulnérables).

A. Mieux connaître

1. La population des personnes sans chez soi en France

La dernière étude de l'INSEE sur les personnes "SDF" en France a été réalisée en 2012. Depuis, différents recensements ont été menés dans plusieurs agglomérations via « Les Nuits de la Solidarité ». La formalisation d'un guide[14] dédié par l'INSEE et la DIHAL afin d'en harmoniser la méthodologie et d'en faciliter la réalisation constitue un premier levier pour que les agglomérations s'approprient ce type d'enquête. La future « Nuit Nationale de la Solidarité » qui doit se tenir en janvier 2022 sera ainsi riche d'enseignements. Toutefois, ce type d'étude ne concerne que les personnes sans abri (passant la nuit de l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation) et exclut celles ayant recours à un hébergement[15]. Le questionnaire de recueil comporte un socle d'informations minimales[16] utiles mais limitées.

Une nouvelle enquête « Sans Domicile » de l'INSEE est en préparation mais les résultats ne seront pas disponibles avant 2024 voire 2025. Pourtant c'est par ce type d'étude que peuvent être estimés de manière fiable le nombre de personnes sans domicile en France et leurs caractéristiques précises. C'est par ce type d'enquête qu'il est possible de mieux connaître les personnes sans domicile décédées et les différencier de l'ensemble des personnes sans domicile.

2. Le nombre de décès et les causes de décès

La première étude de la sorte a été réalisée pour les années 2008 à 2010. Elle avait permis d'estimer à 6 730 le nombre de décès de personnes sans chez soi en France sur ces trois années et avait conclu que la surveillance du Collectif n'était que peu exhaustive (17% des cas). Ce travail avait également comparé les causes de décès entre personnes sans chez soi et population générale.

Depuis, le Collectif s'est structuré grâce à la subvention de la DGCS et maintenant de la DIHAL, il est probable que l'exhaustivité de la surveillance ait progressé. **Un nouveau croisement de données permettrait d'en apprécier la situation, de fournir des estimations plus précises et actualisées.**

---

[13] V. Girard, P. Estecahandy, P. Chauvin. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Novembre 2009.

[14] Insee Méthodes n°139 – mai 2021.

[15] V. Albouy, S. Legleye, T. Lellouch. Connaître les personnes sans domicile est encore plus important que les dénombrer, blog de l'INSEE, 13 avril 2021.

[16] Sexe, âge, composition familiale, persistance de la situation de sans abrisme, fréquence du recours aux services d'aide.

B. Prévenir la perte de logement

1. Rendre effective la production de logements sociaux et très sociaux par une loi de finances sans coupes budgétaires

La loi SRU est trop imparfaitement mise en œuvre. L'article 55 impose pourtant 20 à 25% de logements sociaux dans les communes urbaines à l'horizon 2025. L'État doit faire appliquer la loi mais également permettre de créer les conditions de production d'HLM.

2. Prévenir les expulsions locatives

Selon l'étude Sans Domicile de l'NSEE[17], 30% des personnes sans domicile ont été privées de logement pour des raisons financières (licenciement, difficulté à payer le loyer, expulsion). Les conséquences des expulsions sont multiples ; à la fois psychologiques, sociales[18] et sanitaires. Elles renforcent la vulnérabilité de ces personnes déjà en situation précaire et les conduisent dans certains cas à un parcours d'errance. Or avec un âge moyen au décès de 48 ans pour les personnes sans chez soi contre 78 ans en population générale en 2020, prévenir une expulsion devient une priorité.

La création de l'Observatoire des impayés de loyers par la ministre déléguée au logement, Emmanuelle Wargon, en novembre 2020 et celle d'un fond d'aide aux impayés de loyers de 30 millions d'euros pour renforcer le Fond de solidarité au logement (FSL) constituent des mesures utiles.

Toutefois, dans un contexte de crise sanitaire, qui impacte les ménages les plus précaires[19], des doutes existent quant à l'application des instructions ministérielles[20]. Ces dernières visent à proposer aux ménages menacés d'expulsion une proposition de logement ou à défaut une proposition d'hébergement dans un contexte déjà en forte tension (saturation des places dans le parc d'hébergement social, limitation de la sortie des personnes hébergées vers le logement).

3. S'interroger sur l'utilité réelle des évacuations d'habitats informels

Les évacuations d'habitat informel (campements, bidonvilles, squat) sans solution de relogement fragilisent les personnes sans chez soi ayant déjà vécu nombre de ruptures[21]. Elles contribuent à leur épuisement, renforcent leur désinsertion. Leurs conséquences sont d'autant plus fortes pour les enfants et mineurs dont la scolarité s'en trouve brutalement interrompue. De plus, ces évacuations rendent caduque le travail de terrain entrepris par les différents acteurs sociaux.

Dans un contexte de tension sur les places d'hébergement du fait de la crise sanitaire, une analyse plus poussée de la balance bénéfices/risques devrait être mise en œuvre.

4. Un revenu garanti pour les 18-25 ans

En 2012, l'INSEE[22] révélait que 43% des personnes sans domicile n'avaient jamais vécu au moins trois mois dans un logement indépendant. Dans 6 cas sur 10, il s'agissait de personnes de moins de 30 ans. Pour l'Observatoire des inégalités[23] c'était déjà le constat *« qu'une fraction de la jeunesse française quittait le domicile familial pour la rue ou un hébergement très précaire. L'absence de minimum social (RSA) est l'une des raisons qui pousse ces jeunes à la rue ».* En 2018, un million des 18-25 ans vivaient sous le seuil de pauvreté[24]. Depuis la crise sanitaire est passée par là et n'a fait qu'amplifier et mettre à nu la grande vulnérabilité de ces jeunes, déjà particulièrement exposés. Pourtant, comme le rappelle le Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté[25], *« la France est l'un des rares pays européens pour lesquels l'âge requis pour accéder au revenu minimum est plus élevé que l'âge de la majorité »* et réaffirme qu'aucuns travaux ne démontrent *« l'effet pervers d'une compensation financière sur la recherche d'un emploi »*.

---

[17] F. Yaouancq, M. Duée. Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. Insee, novembre 2014.
[18] F. Brunet, J. Faure. Les conséquences psychologiques et sociales de la procédure d'expulsion. Les cahiers du mal-logement de la Fondation Abbé Pierre. Octobre 2004.
[19] Baromètre des consultations en Adil pour impayés de loyers et expulsions, situation au 30 juin 2021. Agence Nationale pour l'Information sur le Logement : *« Dette effective au moment de la consultation pour près des trois-quarts des ménages, 17% déclarent que les difficultés sont liées à la crise sanitaire (baisse des ressources). Depuis mars 2021, l'intervention des ADIL en traitement des impayés et des expulsions plutôt qu'en prévention s'accentue ».*
[20] Communiqué de presse du ministère de l'intérieur, 28 avril 2021.
[21] Observatoire des expulsions de lieux de vie informels. Note d'analyse détaillée. 1er novembre 2019- 31 octobre 2020.
[22] F. Yaouancq, M. Duée. Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. Insee, novembre 2014.
[23] Centre d'observation de la société. Pourquoi devient-on SDF ?. 6 avril 2017.
[24] Centre d'observation de la société. La pauvreté augmente chez les plus jeunes, mais aussi chez les 50-64 ans. 20 septembre 2020.
[25] Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Rapport 2021. Mars 2021.

182 décès de jeunes entre 18 et 25 ans ont été recensés depuis 2012, 182 jeunes qui pour plusieurs raisons se sont retrouvés confrontés à une vie d'errance sans chez soi.

Le Collectif rejoint la préconisation du Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention de lutte contre la pauvreté : **La mise en place d'un revenu garanti pour les jeunes est essentielle afin de leur permettre de vivre dans des conditions matérielles décentes et de limiter les situations de précarité et de pauvreté. Ce revenu permettrait également de corriger les inégalités sociales liées à l'aide parentale et renforcer l'égalité des chances.**

5. Accompagner la sortie des dispositifs de l'ASE

Par ailleurs, l'INSEE a également mis en évidence que 15% des personnes sans domicile avaient été placées dans leur enfance et près de 26% parmi celles nées en France[26].

Il est donc primordial que ces jeunes placés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) puissent bénéficier d'un accompagnement optimal leur permettant de construire leur projet et d'être suffisamment préparés à l'entrée dans la majorité. Il n'est donc pas envisageable de constater des sorties « sèches » de l'ASE conduisant ces jeunes majeurs à la rue ou dans des hébergements précaires.

Le Collectif rejoint en cela les positions défendues par la Cimade[27], le Conseil d'Orientation des Politiques[28] de Jeunesse et le Collectif Cause Majeur ! [29] : **Une interdiction de toute sortie sèche de l'Aide Sociale à l'Enfance.**

C. Assurer l'accès au logement pour des populations fragiles

1. Des femmes enceintes et leurs familles

De nombreuses études ont mis en évidence l'impact de l'errance et du sans abrisme sur la croissance et le développement de l'enfant. D'autres, la relation entre sans-abrisme pendant l'enfance et mauvais état de santé. L'étude de Sandel et al. [30] parue en 2018 montre quant à elle que la santé des enfants ayant connu une période de sans-abrisme tant au cours de la période prénatale (grossesse) que lors des six premiers mois de vie est impactée significativement (retard de croissance, mauvais état de santé, hospitalisations plus fréquentes, risque de développement perturbé de l'enfant).

Parmi les décès de mineurs recensés par le CMDR, dans 50% des cas, les enfants étaient âgés de moins de 5 ans et 36% avaient moins d'un an. Les enfants et les femmes enceintes constituent, de fait, un groupe particulièrement vulnérable à la vie sans chez soi.

Il est donc primordial que les femmes enceintes en errance, seules ou en couple et les familles avec enfant, quel que soit leur pays d'origine et statut administratif, puissent bénéficier, dès le début de la grossesse, d'un accès prioritaire à un logement[31].

2. Des mineurs et jeunes en danger

Entre 2012 et 2020, le CMDR a recensé 115 décès de mineurs. Parmi eux, 17% étaient considérés comme mineurs isolés. Dans 90% des cas, il s'agissait de jeunes de plus de 15 ans dont 82% étaient nés à l'étranger.

La prise en charge et l'accompagnement des mineurs isolés doivent être mis en œuvre, conformément au code de l'action sociale et des familles et ce, quel que soit le pays d'origine. Il s'agit avant tout d'enfants en rupture qui, comme le montrent plusieurs études, sont à risque de santé dégradée, de souffrance psychologique et de devenir ou persister à être sans domicile[32] [33].

---

[26] F. Yaouancq, M. Duée. Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. Insee, novembre 2014.
[27] Proposition 29 de la Cimade. Mai 2021.
[28] Courier au Premier ministre. 17 avril 2020.
[29] Ne mettons pas les jeunes majeurs à la rue : Prolongeons le dispositif « 0 sortie sèche de l'ASE ». Communiqué de presse. 23 septembre 2021.
[30] M. Sandel, R. Sheward, S. Ettinger de Cuba and al. Timing and duration of Pre- and Postnatal homelessness and the health of young children. Pediatrics.2018 ;142(4) :e20174254.
[31] Accompagné ou dans le cadre du plan un Logement d'abord.
[32] G. Bramley, S. Fitzpatrick. Homelessness in the UK: who is most at risk? Hous Stud. 2018;33(1):96–116.
[33] S.F. Nilsson, M. Nordentoft., C. Hjorthøj. Individual-level predictors for becoming homeless and exiting homelessness: a systematic review and meta-analysis. J Urban Health. 2019;96(5):741–750.

Le Collectif rejoint ainsi « les 29 propositions pour une véritable protection des jeunes en danger » de la CIMADE[34], comprenant notamment :

- **Une mise à l'abri immédiate et inconditionnelle pour l'ensemble des personnes se déclarant mineurs non accompagnés**
- **Le recours à des solutions d'hébergement adaptées au public mineur et en exclure les dispositifs hôteliers**
- **En finir avec le recours aux tests diagnostiques d'âge osseux**
- **La mise en œuvre d'un véritable accompagnement global (éducatif, social, juridique, financier, médical) au long cours**

3. Des demandeurs d'asile

48% des demandeurs d'asile ne peuvent être pris en charge dans les solutions d'hébergement dédiées (CADA et HUDA) et se retrouvent à la rue, hébergés chez des tiers ou dans les dispositifs d'hébergement d'urgence. Les personnes dites « à droit incomplet » peuvent se retrouver plusieurs années dans des structures d'hébergement en attente du traitement de leur dossier. Nombre de mineurs isolés étrangers ne bénéficient pas d'hébergement adapté et se retrouvent à la rue.
Ces personnes déjà marquées par leur parcours de migration devraient pouvoir bénéficier d'un accompagnement et d'un hébergement adéquates. Leur prise en charge ne devrait pas les conduire à un parcours de rue.

D. Renforcer l'effectivité de l'accès au logement des publics en situation de rue dans le cadre de la politique Un logement d'abord

Les résultats des deux premières années du plan « Un logement d'abord » sont encourageants. Selon la DIHAL[35], c'est ainsi « 235 000 personnes sans domicile qui ont pu avoir accès à un logement depuis 2018 ». Cependant, l'Agence nouvelle des solidarités actives pointe différents « freins » au véritable changement attendu par ce plan et identifie un certain nombre d'axes prioritaires sur lesquels mobiliser les efforts[36] :

- Le renforcement du SIAO, en tant que pilier local de la politique du Logement d'abord
- La mise en cohérence des politiques d'habitat avec le Logement d'abord
- Une politique d'intégration des migrants
- La refonte de l'offre d'accompagnement

Parallèlement, 1000 places devraient être disponibles à l'horizon 2022 dans le cadre du programme « Un chez soi d'abord » qui permet à des personnes sans domicile souffrant de troubles psychiques sévères ou d'addiction d'accéder à un logement. Ce programme a par ailleurs démontré son efficacité avec un maintien dans le logement pour près de 80% des personnes. Pour autant, l'étude d'Aurélie Tinland et al.[37] qui concernait des bénéficiaires de ce programme met en évidence que les six premiers mois de vie dans le logement sont une période à risque de décès. Elle nécessite une vigilance et un accompagnement important. De plus, cette étude met en évidence que le sans-abrisme est un facteur de risque de décès persistant malgré l'accession à un logement. Ce constat est également retrouvé auprès de personnes anciennement sans domicile et ne souffrant pas de troubles psychologiques ou d'addictions[38].

Il est donc primordial que le déploiement du plan « Un logement d'abord » réponde aux différents enjeux précités. Ce déploiement se doit d'être rapide afin de réduire au maximum le temps d'errance des personnes sans domicile et ainsi d'en limiter l'impact sur leur survie.

---

[34] La Cimade. Des propositions pour une véritable protection des jeunes en danger. 4 juin 2021.
[35] DIHAL. Dossier de presse. En 2021, le service public de la rue au logement, nouveau cadre d'action du Logement d'abord. Janvier 2021.
[36] ANSA. Le logement d'abord à l'épreuve du terrain. Retours d'expériences sur les projets Logement d'abord accompagnés par l'Ansa (2018-2020). Contribution n°20. Février 2021.
[37] A. Tinland, S. Loubière, M. Cantiello, M. Boucekine, V. Girard et al. Mortality in homeless people enrolled in the French housing first randomized controlled trial: a secondary outcome analysis of predictors and causes of death. BMC Public Health. (2021) 21:1294.
[38] P. Demakakos, D. Lewer, S.E. Jackson, A.C. Hayward. Lifetime prevalence of homelessness in housed people aged 55-79 years in England: its childhood correlates and association with mortality over 10 years of follow-up. Public Health. 2020 May;182:131-138.

E. Accompagner le soin et la prévention

La mesure 27 du Ségur de la santé « Lutte contre les inégalités de santé » est une réponse très intéressante pour la prise en charge des publics précaires, notamment :

- La création de nouveaux lits « lits halte soins santé » pour atteindre 2800 places d'ici 2022 offrant un accompagnement sanitaire et social aux personnes sans domicile fixe ;
- Le recours aux démarches d'aller-vers pour toucher les plus exclus au travers de dispositifs mobiles :
    - PASS mobiles (binôme médecin/service social) ;
    - Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ;
    - Équipes mobiles Santé Précarité ;
    - LHSS mobiles et de jour ;
    - ACT « hors les murs » ;
    - Équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP), anciennement Services de soins infirmiers à domicile Précarité (SSIAD précarité)
- Mieux prendre en charge les publics confrontés à des addictions, en ville comme à l'hôpital (renforcement des accompagnements, soins et équipes de liaison, CSAPA-CAARUD et ELSA)

Si la création et le déploiement de ces différentes actions sur l'ensemble du territoire constituent un pas en avant, les restrictions d'accès à l'Aide Médicale d'État mises en place au 1er janvier 2021 renvoient quant à elles un signal très négatif. La santé est un droit fondamental, inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme. Il serait particulièrement regrettable que le renforcement et la création de ces nouveaux dispositifs de prise en charge médicale et médico-sociale ne puissent bénéficier à tous, au prétexte de situation administrative irrégulière.

Hachem, 20 ans, né en Afghanistan.

Hachem a fui son pays en guerre. Il traverse l'Europe et arrive en France où il s'installe dans un camp de réfugiés. Ses compatriotes ont demandé l'asile mais Hachem se pose des questions. Il ne comprend pas. Il est en France en situation précaire alors qu'il pensait y trouver du réconfort et de la sécurité après son parcours. Les associations sont pourtant bien présentes, assurant des distributions alimentaires, des vêtements chauds... Mais Hachem vit dans une tente plantée dans la boue. Il sent de l'hostilité. Les forces de l'ordre ont ainsi détruit déjà plusieurs fois le camp de réfugiés. Ses maigres affaires personnelles ont disparu à la première évacuation. Se sentant rejeté, Hachem décide de poursuivre sa route pour le Royaume-Uni. Il ne déposera pas de demande d'asile en France. Il se lance dans une petite embarcation pour traverser la Manche. Son corps sera retrouvé quelques jours plus tard sur la plage.

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

EQUIPE EN CHARGE DU PROJET AU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE

Comité de pilotage

Julien Ambard,
Martine Devin,
Chrystel Estela,
Géraldine Franck,
Bérangère Grisoni,
Danièle Kogel,
Sophie Papieau,
Raphaël Petit,
Philippe Renard,
Cécile Rocca,
Marie-Christine Tardieu

Comité Consultatif

Maya Allan,
Julien Ambard,
Eveline Cleynen,
Chrystel Estela,
Bérangère Grisoni,
Lise Grout,
Carole Lardoux,
Ghislain Leduc,
Louise Lespagnol,
Raphaël Petit,
Cécile Rocca,
Roger Salamon,
Sheïma Salmi,
Marie-Christine Tardieu

Équipe Dénombrer & Décrire

Anaïs Acosta,
Nina Bastid Neuveu,
Manon Binder,
Mila Blum,
Mélanie Calvet,
Jessica Canis,
Johanna de Lattre,
Sixte de Nanteuil,
Abdoulaye Diagne,
Laura Downham,
Marwan El Sayah,
Pauline Ferniot-Dionysius,
Naïma Ghouilem,
Bernard Joy,
Kawtar Kerkeb,
Yelda Kilic,
Moncef Labidi,
Louise Lespagnol,
Odile Maumy,
Marie-Noëlle Mérat-Combes,
Stéphanie Morel-Leder,
Clémence Morin,
Abdel Nasser Laouali Mahamadou,
Danielle Nguenang,
Dorian Niel-Ollier,
Nicolas Noiriel,
Sophie Papieau,
Adèle Perrin-Wolanski,
Zia Perthuis,
Sheïma Salmi,
Sara Schwarzer-Garcia,
Sylvie Seel,
Léonie Sentuc,
Pierre Seuzaret,
Narimane Youb,
Allison Younes

Financement du projet

Ce projet a été financé en grande partie par la Direction Générale de la Cohésion Sociale et aujourd'hui la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement. Le complément vient de la participation d'associations adhérentes et de dons de particuliers.

REMERCIEMENTS

Nous remercions d'abord toutes les personnes qui nous soutiennent dans notre travail et qui nous signalent les décès dont elles ont connaissance. Nous espérons que vous avez trouvé le soutien nécessaire à travers nos échanges au moment du décès, et que vous trouverez un nouvel intérêt à notre travail en lisant ce rapport.

Nous remercions vivement toutes les personnes qui ont accepté de répondre à nos questions lors de la deuxième phase de ce travail. Il n'est pas toujours facile de reparler d'une personne qu'on a bien connue, décédée quelques mois plus tôt, et dont une partie des données sont sensibles. Nous espérons que vous serez satisfaits du travail qui a été réalisé à partir des informations que vous avez pu nous transmettre et que ce rapport permettra à sa manière de garder mémoire de tous ces hommes, femmes et enfants sans chez soi.

Merci à la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et à la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL) d'avoir renouvelé sa confiance au Collectif Les Morts de la Rue en maintenant sa subvention.

Nous remercions également les institutions et les associations qui se sont fortement impliquées dans cette étude en signalant systématiquement les décès et en nous transmettant de nombreuses données. Merci d'avoir porté cette étude dans vos organismes respectifs et de nous donner accès à ces informations précieuses.

Enfin, un grand merci à toute l'équipe du Collectif Les Morts de la Rue, salariés, collaborateurs indépendants et bénévoles, qui a participé au projet « Dénombrer et Décrire ». Ce travail n'aurait pu se faire sans son investissement, son enthousiasme et sa rigueur.

LA MORTALITE DES PERSONNES SANS CHEZ SOI

Table des matières

PRESENTATION DU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE 2
LISTE DES ABREVIATIONS 5
LISTE DES FIGURES 6
LISTE DES TABLEAUX 6
INTRODUCTION 7
METHODE 10
- Surveillance de la mortalité 10
- Données recueillies 11
- Analyse des données 11
- Considérations éthiques et réglementaires 11

RESULTATS 12
- Particularités de 2020 et une constante 12
- Un nombre qui tend à se stabiliser ? 12
- Les personnes sans chez soi décédées en 2020 16
  - Des décès masculins, jeunes et ayant vécu seuls, concentrés en Ile de France et survenus sur la voie publique 17
  - Des décès violents, plus fréquents en province, chez les plus jeunes 21
  - Des états de santé encore méconnus 25
  - Un parcours social partiellement connu 26
  - Des épreuves multiples au cours d'une vie 26
  - Un temps d'errance qui tend à augmenter avec l'âge 27
- Personnes sans chez soi & population générale 28
- Épidémie de SARS-CoV-2 33
- Les adultes sans chez soi 38
- Situation de rue et hébergement 42
- Les 18-25 ans 45
- Les mineurs 48
- Les Anciens sans chez soi 53

DISCUSSION 54
- Les Sans Chez Soi 54
- Un effet de l'épidémie de SARS-CoV-2 ? 55
- Publics spécifiques 56
- Limites 57
- Perspectives 58
- Conclusion 58

BIBLIOGRAPHIE 60
ANNEXES 62
- Annexe 1 - Source de signalement 62
- Annexe 2 - Associations adhérentes au CMDR 63
- Annexe 3 - Associations et Collectifs d'accompagnement des morts de la rue 64
- Annexe 4 - Veille médiatique 65
- Annexe 5 - Fiche de signalement 66
- Annexe 6 - Questionnaire de recueil de données 67
- Annexe 7 - Données recueillies par la surveillance du CMDR 73
- Annexe 8 - Typologie de l'exclusion liée au logement ETHOS 75
- Annexe 9 - Tableaux de données recueillies par le CMDR 76

PRESENTATION DU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE

Le Collectif Les Morts de la Rue (CMDR) est une association de loi 1901, créée en 2002 qui regroupe des acteurs de terrain, une cinquantaine d'acteurs associatifs et des personnes elles-mêmes en situation de sans abri, tous en lien permanent avec les personnes en situation de précarité.

Il se donne pour mission de faire savoir que vivre à la rue mène à une mort prématurée, de dénoncer les causes souvent violentes de ces morts, de veiller à la dignité des funérailles et enfin de soutenir et d'accompagner les proches et les professionnel.les en deuil.

Le Collectif Les Morts de la Rue se compose **d'une équipe permanente** qui comprend 2 salariées à temps plein, 2 travailleurs indépendants et d'environ 150 bénévoles engagés sur les différentes actions.

- **L'hommage public aux Morts de la Rue** est réalisé chaque année depuis 2002. En 2021, cet hommage a eu lieu au Parc des Buttes Chaumont, Paris 19ème et sur internet (http://www.hommage-mortsdelarue.org/)
- **L'accompagnement des Proches en Deuil (PED)** : Depuis ses débuts, le CMDR est en lien avec des proches de personnes décédées à la rue : familles, amis, associations, … Ces personnes contactent Le Collectif Les Morts de la Rue pour signaler un décès, obtenir des renseignements à propos d'un proche mort à la rue ou parce qu'elles sont inquiètes pour une personne disparue. Elles sont accueillies par téléphone ou dans les locaux du CMDR et sont soutenues par les équipes de PED pour faire face à cet événement tragique. Depuis 2010, un accueil en groupe des proches en deuil a été mis en place afin de libérer la parole, témoigner, se réconforter les uns les autres.
- **La formation et l'appui aux acteurs** confrontés aux décès :
  - Des débriefings avec des personnes hébergées, des bénévoles ou des travailleurs sociaux confrontés à un décès
  - Des formations « Boîte à Outils ». Ces interventions sont organisées afin de mettre à disposition des professionnels des outils leur permettant de mieux faire face aux situations de décès (support administratif et juridique, éclairages sur le droit des personnes, rôle de la personne de confiance ou comment mettre en place et gérer un testament).
  - Des formations sur-mesure pour des structures confrontées aux décès et souhaitant sensibiliser l'ensemble de leurs professionnels.
- **Faire vivre la mémoire des morts de la rue :** des binômes de jeunes volontaires en service civique se succèdent tous les 6 mois au sein du Collectif Les Morts de la Rue. Ils travaillent spécifiquement sur la mission « Mémoire des morts de la rue ». Celle-ci consiste via des enquêtes de terrain, à Paris, à recueillir des témoignages et des anecdotes sur la vie des femmes et des hommes dont le Collectif apprend le décès. Par le biais du blog Mémoire des Morts de la Rue[39], les différents binômes retracent des parcours de vie et tentent surtout d'apporter un regard neuf sur qui étaient ces personnes. Les volontaires en service civique apportent aussi une aide dans la réalisation de l'étude Dénombrer & Décrire.
- **L'accompagnement des morts isolés[40]** en convention avec la Ville de Paris : L'Institut Médico-légal et les Services Funéraires de la Ville de Paris informent l'équipe Proches en Deuil des corps que nul n'a réclamés. Des bénévoles accompagnent alors les défunts au cimetière Parisien de Thiais et leur rendent un hommage individuel grâce aux informations recueillies par PED (Proches en Deuil). Une trace écrite en est conservée au CMDR afin de pouvoir rendre compte aux familles (qui apprennent parfois le décès avec retard) de ce qui s'est passé, du texte qui a été lu, de la fleur qui a été déposée. Plusieurs centaines de défunts sont accompagnés chaque année, par une soixantaine de bénévoles.

[39] https://memoiredesmortsdelarue.wordpress.com/
[40] Les personnes isolées ne sont pas toutes sans chez soi. En 2020, le CMDR a accompagné les funérailles de 340 morts isolés, 69 étaient sans chez soi.

- Le CMDR mène également des actions de communication, de mobilisation et d'interpellation (campagnes de presse, site internet et réseaux sociaux). Des actions sont menées auprès des communes qui ne respecteraient pas l'obligation d'inhumer les personnes dépourvues de ressources suffisantes. Le CMDR est membre du Collectif des Associations Unies (CAU) pour une nouvelle politique du logement, et participe activement à ses actions de communication.
- Enfin, chaque année, est organisé le « Forum des Associations de France » qui permet la rencontre des associations et collectifs engagés dans l'accompagnement des Morts isolés et/ou des Morts de la rue. Chaque association est indépendante et possède une histoire et des objectifs qui lui sont propres. Ces différences font la richesse de ces rencontres qui se poursuivent de manière plus informelle tout au long de l'année.
- **L'étude Dénombrer & Décrire (D&D)** à laquelle se consacrent les 2 travailleurs indépendants et une équipe bénévole. Bien que le CMDR ne soit pas une unité de recherche, l'équipe D&D recense les décès de personnes sans domicile sur l'ensemble du territoire français et mène des enquêtes afin de retracer leur parcours. Ce travail se conclut chaque année par la publication du rapport Dénombrer & Décrire qui décrit la mortalité des personnes sans chez soi en France.

Amhed, 20 ans, né en Tunisie.

Amhed était mineur isolé à son arrivé en France à 15 ans. Placé dans un centre éducatif, il construit son parcours avec le soutien des éducateurs. Un métier en perspective, un plan pour la suite, Amhed quitte à sa majorité le centre et travaille un peu à l'usine. Il a un logement et complète parfois ses revenus avec des petits boulots. Il s'inscrit au Pôle Emploi et est confronté à des périodes de chômage... loin du plan prévu. Il déménage en espérant avoir de nouvelles opportunités. Il fait des rencontres, de mauvaises fréquentations, découvre certaines substances. Faute de ressources, il quitte son logement pour la rue. Il s'installe dans un squat. Il est retrouvé inanimé.

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

LISTE DES ABREVIATIONS

A-SCS	Personne Anciennement Sans Chez Soi
AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
AHI	Dispositif Accueil Hébergement Insertion
AME	Aide Médicale d'État
ARS	Agence Régionale de Santé
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CADA	Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHRS	Centre d'Hébergement de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CIM10	Classification Internationale des cause Médicales de décès, 10ème version
CMDR	Collectif Les Morts de la Rue
CMU-C	Complémentaire de la Couverture Maladie Universelle ou Complémentaire santé solidaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COMEDE	Comité pour la santé des exilé.e.s
COVID-19	Maladie infectieuse émergente provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2, COronaVIrus Disease 2019
D&D	Dénombrer & Décrire
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DIHAL	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologie
ESSIP	Équipes spécialisées de soins infirmiers précarité
ETHOS	Typologie européenne de l'exclusion liée au logement)
FAP	Fondation Abbé Pierre
FEANTSA	Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri
HUDA	Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
HYTPEAC	Enquête HYTPEAC « HYgiène de la Tête aux Pieds: Ectoparasitoses et Affections Cutanées » de l'Observatoire du Samusocial de Paris; 2013
IC95%	Intervalle de confiance à 95%
IDF	Ile de France
INED	Institut National d'Études Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INSERM-CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
LAM	Lits Accueil Médicalisés
LHSS	Lits Halte Soins Santé
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
R-SCS	Personne Récemment Sans Chez Soi
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCR	Polymerase Chain Reaction ou test d'amplification des acides nucléiques
PUMa	Protection Universelle Maladie, anciennement CMU (Couverture Maladie Universelle)
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAI	Sans Autre Information
SAMENTA	Rapport sur la SAnté MENTale et les Addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France de l'Observatoire du Samusocial de Paris et de l'INSERM; 2010.
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
SDF	Sans Domicile Fixe
SCS	Personne Sans Chez Soi
SIAO	Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
UE	Union Européenne

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Répartition des personnes sans chez soi décédées en 2020 selon la classification du mal logement ETHOS 2007 14
Figure 2 - Répartition des personnes sans chez soi décédées en 2020 selon leur pays de naissance (hors France), CMDR 17
Figure 3 - Répartition des décès des personnes sans chez soi recensés par le CMDR en 2020 et comparaison avec l'année 2019 18
Figure 4 - Distribution de la proportion moyenne des décès pour la période 2012-2019 selon la saison par rapport à l'année 2020 21
Figure 5 - Distribution des causes de décès selon la classe d'âge pour chaque pays d'origine, CMDR en 2020 23
Figure 6 - Pyramide des âges au décès entre population générale et personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2020 30
Figure 7 - Décès selon l'âge du décédé et le lieu du décès en 2016, population générale, France 31
Figure 8 - Décès selon l'âge du décédé et le lieu du décès en 2020, Sans chez soi, France 31
Figure 9 - Causes de décès selon l'âge en 2014, Population générale 32
Figure 10 - Causes de décès selon l'âge en 2020, Personnes sans chez soi 32
Figure 11 - Décès hebdomadaires en 2020 comparés à la moyenne de la période 2015-2019 33
Figure 12 - Distribution des décès de personnes sans chez soi recensés par le CMDR depuis 2012 35
Figure 13 - Distribution du nombre de décès hebdomadaires en 2020 et projection moyenne 2015-2019 36
Figure 14 - Proportion de décès selon l'âge et la situation entre rue et hébergé.e, selon le pays d'origine, CMDR 2020 43
Figure 15 - Évolution de la proportion des 18-25 ans parmi l'ensemble des décès recensés par le CMDR 45
Figure 16 - Évolution du nombre cumulé de décès annuels chez les 18-25 parmi les 5 principaux pays d'origine hors France 45
Figure 17 - Évolution de la proportion des mineurs parmi l'ensemble des décès recensés par le CMDR 48
Figure 18 - Distribution du nombre de mineurs par classe d'âge parmi les 115 cas recensés par le CMDR entre 2012 et 2020 48
Figure 19 - Évolution du nombre cumulé de décès annuels chez les mineurs, parmi les 5 principaux pays d'origine hors France 50

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Définition de cas pour la surveillance de la mortalité des personnes sans domicile en France par le CMDR 10
Tableau 2 - Nombre de décès de personnes sans domicile personnel ou ayant connu une telle période recensés par le CMDR 13
Tableau 3 - Distribution de la mortalité parmi les personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2020 et entre 2012-2019 16
Tableau 4 - Répartition des décès selon l'âge et la région de décès, selon le pays d'origine, CMDR 2020 20
Tableau 5 - Distribution des causes de décès recensées par le CMDR en Ile de France et dans les autres régions 22
Tableau 6 - Distribution de l'âge selon les causes de décès parmi les personnes sans chez soi, CMDR 2020 , N=533 22
Tableau 7 - Comparaison de la distribution de l'âge selon la cause de décès, CMDR 2020 23
Tableau 8 - Distribution des principales pathologies et antécédents des personnes sans chez soi recensées par le CMDR 25
Tableau 9 - Comparaison de l'âge moyen au décès des personnes sans chez soi selon leur temps d'errance, CMDR 2020 27
Tableau 10 - Comparaison de la distribution de l'âge selon la classe de temps d'errance, CMDR 2020 27
Tableau 11 - Distribution de la mortalité entre personnes sans chez soi recensées et population générale 2020 28
Tableau 12 - Évolution du nombre de décès recensés par le CMDR entre les semaines S14 et S22 37
Tableau 13 - Comparaison selon le sexe des personnes sans chez soi de 18 ans et plus, CMDR 2020 38
Tableau 14 - Principales pathologies et principaux antécédents parmi les adultes sans chez soi, CMDR 2020 41
Tableau 14 - Comparaison des personnes sans chez soi décédées en situation de rue ou d'hébergement en 2020, CMDR, France 42
Tableau 16 - Pathologies identifiées parmi les personnes de 18 à 25 ans décédées et recensées par le CMDR entre 2012-2020 47
Tableau 17 - Éléments relatifs à la santé des personnes sans chez soi décédées et recensées par le CMDR en 2020, France 76
Tableau 18 - Éléments relatifs au suivi administratif des personnes sans chez soi décédées et recensées par le CMDR 77
Tableau 19 - Éléments relatifs à l'enfance, aux ruptures et aux événements ayant conduit à la rue des personnes sans chez soi 79
Tableau 20 - Éléments relatifs à l'errance et à l'hébergement des personnes sans chez soi décédées et recensées par le CMDR 80

INTRODUCTION

Les personnes sans abri ou sans domicile constituent une population très hétérogène particulièrement difficile à dénombrer et décrire, les différentes définitions existantes à l'échelle internationale ne facilitant pas un regard global sur la question du sans-abrisme.

Selon l'OCDE en 2020 (1), pour certains pays, ces définitions sont restreintes aux personnes vivant dans la rue ou dans l'espace public et/ou vivant dans des dispositifs d'hébergement d'urgence (France, États Unis, Irlande, Italie, Chili, …). D'autres pays adoptent une définition plus large intégrant les personnes vivant en hôtel et celles hébergées par des tiers (Australie, Canada, Allemagne, Suède, …). D'après les données de l'OCDE, les personnes sans domicile représenteraient moins d'1% de la population des 35 pays inclus dans son rapport, soit 1,9 million de personnes. Dans la description des personnes sans domicile, un profil est assez régulièrement retrouvé à travers les pays, celui de l'homme seul vivant à la rue de manière régulière et depuis une période prolongée. Cependant depuis quelques années, il est constaté une évolution de la composition de ce groupe de personnes vulnérables avec l'augmentation du nombre de jeunes, de personnes âgées et de familles, constituant une population dite *« temporaire »*. Pour exemple, en Australie, le nombre de sans abri chez les jeunes de 15 à 29 ans a augmenté de 20% entre 2011 et 2016. Au Royaume-Uni, le nombre de familles sans domicile a augmenté de 42% sur la période 2010 et 2017. Pour l'OCDE, cette situation qui touche de plus en plus d'individus s'explique par la dégradation des salaires et les conditions d'accès à un logement abordable de plus en plus difficiles.

En France, la dernière étude portant sur les personnes sans domicile, réalisée par l'INSEE et l'INED (2) en 2012, visait : *« les adultes des agglomérations de 20 000 habitants ou plus qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans un service d'hébergement ou un lieu non prévu pour l'habitation, l'étude les désignant comme « sans domicile ». Parmi eux, les personnes ayant passé la nuit dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, parc, parking, cage d'escalier, …) la veille de l'enquête sont appelées des « sans-abri »*. Elle dénombrait ainsi près de 142 900 personnes sans domicile sur le territoire français.

Ces données datent aujourd'hui de près de 10 ans et sont probablement sous-estimées au regard des différentes crises auxquelles la France et plus généralement l'Union Européenne ont dû faire face. Faute d'études plus récentes et malgré les différentes initiatives de recensement à l'échelon de villes et de métropoles françaises, on peut se reporter aux données publiées par la Fondation Abbé Pierre dans son dernier rapport sur le mal logement (3) qui estime que près de 300 000 personnes sont sans domicile en France dont 40 000 personnes sans abri.

Pour autant, l'étude de l'INSEE demeure la source la plus complète à l'échelle nationale. Il en ressort que parmi les sans domicile (4), 77% étaient âgés de 18 à 49 ans, 38% étaient des femmes. 26% des personnes vivaient en couple et 29% étaient accompagnés d'enfants. Ils étaient 62% à vivre seuls. 10% étaient sans abri, passant ainsi la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation.

Le sans-abrisme a un impact majeur sur la santé des personnes (5). Les personnes sans domicile sont plus à risque de tuberculose (et d'autres maladies respiratoires), de traumatismes, de maladies sexuellement transmissibles et de troubles nutritionnels. L'étude SAMENTA (6) réalisée par l'Observatoire du Samu social de Paris et l'INSERM en 2010, estime qu'un tiers des personnes sans logement personnel en Ile de France souffre de troubles psychiatriques sévères, de troubles de l'humeur (troubles psychotiques, dépressifs) ou de troubles anxieux et pointe le risque important de rupture sociale. Elle estime également que la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites, mésusage de médicaments) touchent 30% du public concerné. M. Farrel (7), en Angleterre, met en évidence en population générale le lien entre souffrance mentale et consommation de substances psychoactives. L'étude HYTPEAC (8) réalisée en 2011 en France auprès de personnes sans abri (au sens de l'INSEE[41]) identifie la fréquence élevée de certaines pathologies dermatologiques et relève des différences importantes entre les personnes ayant recours aux dispositifs d'hébergement et celles en situation de rue.

Ces conditions de vie et un état de santé dégradé entraînent des répercussions importantes sur la mortalité. L'espérance de vie à 30 ans est inférieure de 11 ans chez les hommes et de 15,9 ans chez les femmes sans domicile par rapport à la population générale à Rotterdam (9). S.W. Hwang (10), à Toronto, estime à 48 ans, l'âge moyen au décès des personnes sans domicile résidant en hôtel, en abri

[41] N'ayant pas recours à des structures d'hébergement et dormant dans des lieux non prévus pour l'habitation.

ou en structures d'hébergement. Enfin, J. Romaszko (11) évalue à 17,5 ans, la différence d'âge moyen au décès entre population sans domicile et population générale dans la ville d'Olsztyn (Pologne).

Les différentes études portant sur les causes de décès des personnes sans domicile pointent régulièrement les conséquences de l'usage de substances psychoactives (12) (13) (14). Ces personnes ont également un risque plus élevé de décès par maladies infectieuses (14)(10), maladies de l'appareil digestif (10)(14)(12)(15), tumeurs (14)(10)(12), maladies cardiovasculaires et respiratoires (14)(10)(12)(15). Les causes externes sont également responsables d'un nombre élevé de décès (intoxications, suicides, agressions et accidents) (16)(10)(12)(17). Elles représentent près de 34% des décès dans une cohorte finlandaise (18). Cette étude de A. Stenius-Ayoade (18) montre que l'avancée en âge et un recours plus fréquent à des hospitalisations (hors soins psychiatriques) sont des facteurs prédictifs de la mortalité des personnes sans abri encore plus marqués qu'en population générale. Le niveau d'éducation, le mariage, l'emploi qui sont des facteurs généralement protecteurs de mortalité n'apparaîssent pas comme tels pour les personnes sans domcile. A. Stenius-Ayode considère ainsi que l'effet du sans-abrisme sur la mortalité est tel que ces facteurs protecteurs ne comptent plus.

En France, les données relatives à la mortalité des personnes sans domicile sont en revanche très limitées. C'est pour répondre à cette invisibilité statistique et alerter les acteurs publics que le Collectif Les Morts de la Rue (CMDR) milite depuis sa création en 2002 en réalisant un travail minutieux et essentiellement bénévole de recensement des décès de personnes sans domicile.

En 2011, un rapport du cabinet Cemka-Eval commandité par l'ONPES (19) pointait la rareté des bases de données disponibles sur le sujet, tout comme O. Cha (20) en 2013. Les résultats de la consultation menée par l'ONPES ont conduit à reconnaître l'action du CMDR et considérer sa base de données comme la plus exhaustive. Ce faisant, depuis 2012, le CMDR bénéficie du soutien de la DGCS afin de structurer et d'améliorer la surveillance de la mortalité des personnes sans domicile. Chaque année, les résultats sont ainsi publiés dans le rapport « Dénombrer & Décrire », dont le présent document en est la 9ème édition. Ce soutien a également conduit à une collaboration avec l'INSERM-CépiDc (institution qui coordonne et gère le registre national des causes médicales de décès en France) se concluant par deux études.

Une première étude a permis l'appariement des bases de données des deux organismes, pour la période 2008-2010. C. Vuillermoz et al. ont ainsi estimé à 6730 (IC95% :[4381-9079]), le nombre de décès de personnes sans domicile en France, soit plus de 2000 décès annuels (21). Ils ont également évalué à 17% (IC95% :[13-26]), l'exhaustivité des données du CMDR sur la période de temps considérée.

La seconde étude (22) a estimé à 49 ans, la moyenne d'âge au décès des personnes sans domicile. Elle a mis en évidence que les décès dus à des maladies cardiovasculaires et digestives, à des problémes de santé mentale et de troubles du comportements, et à des causes mal définies et inconnues sont plus fréquents parmi les personnes sans domicile que dans la population générale. Elle a également constaté que bien que la mortalité des personnes sans-domicile soit plus élevée durant l'hiver que pour la population générale, une grande partie de ces décès surviennent tout au long de l'année, le froid ne pouvant donc être considéré comme la principale cause de surmortalité des personnes sans domicile.

L'objectif principal du présent rapport est de décrire les résultats obtenus par la surveillance de la mortalité réalisée par le CMDR au cours de l'année 2020 en France.

Il vise à décrire la mortalité des personnes décédées au cours de cette dernière année au regard des données recueillies par le CMDR pour la période 2012-2019 et par rapport à la mortalité de la population générale en France en 2020.

Une partie est dédiée à l'épidémie de SARS-CoV-2 et à ses effets directs et indirects.

Enfin, il s'attache également à décrire certains groupes spécifiques de personnes sans chez soi décédées.

Florent, 45 ans, né en France.

Mis à la porte par ses parents, il se débrouille par lui-même. Dès l'an 2000, il est connu par les équipes de maraudes qui passent régulièrement sur son lieu de vie, la rue. Florent accepte les propositions qui lui sont faites et alterne les passages dans les centres d'hébergement d'urgence, les squats et les centres de réinsertion sociale. Cette année, Florent semblait avoir baissé les bras. Son état de santé se dégradait, ses problèmes de foie étaient de plus en plus inquiétants. Et puis un matin, les pompiers sont intervenus suite à l'appel d'un particulier. Ils emmènent Florent à l'hôpital où il passera une dizaine de jours avant de se laisser partir.

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

METHODE

Ce travail fait l'objet d'une subvention de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et depuis 2021 par la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DHIAL) et a le soutien de différentes fondations. Il a pour objet la mise en place d'outils permettant l'établissement de statistiques fiables dans le temps à partir de données qualitatives et quantitatives concernant les personnes sans domicile décédées en France.

Surveillance de la mortalité

La surveillance réalisée par le CMDR a pour objectif de recenser l'ensemble des décès de personnes sans domicile survenant chaque année sur l'ensemble du territoire français[42]. Elle a pour objectifs spécifiques d'en décrire le profil, le parcours et les causes de décès[43]. Elle vise ainsi à identifier des facteurs de risque et aider à formuler des recommandations quant aux stratégies de prévention et de prise en charge de cette population vulnérable, tout en rendant hommage annuellement à toutes ces personnes décédées qui ont connu à un moment de leur vie un parcours à la rue. Elle a pour finalité d'alerter les différentes parties prenantes quant à la vulnérabilité de cette population et d'inciter à l'action.

Le CMDR s'appuie pour cela sur un réseau de partenaires et d'acteurs en constante évolution (Annexe 1). Il se compose d'acteurs associatifs impliqués au quotidien auprès des personnes sans domicile dans l'accueil, l'hébergement ou encore l'insertion (Annexe 2), également de collectifs et associations d'accompagnement des morts de la rue et/ou des morts isolés (Annexe 3), de partenaires institutionnels, de médias (Annexe 4) et de particuliers. Ces différentes sources participent, de fait, à la surveillance active de ces événements par une démarche volontaire de signalement des décès (Annexe 5).

A réception d'un signalement, le CMDR initie un premier travail de vérification et confirmation en utilisant les définitions de cas présentées dans le tableau 1[44].

Tableau 1 - Définition de cas pour la surveillance de la mortalité des personnes sans domicile en France par le CMDR

Définition des cas	Catégories spécifiques
Personne « Sans chez soi » : toute personne ayant principalement dormi au cours des 3 derniers mois précédent le décès dans un lieu non prévu pour l'habitation et/ou dans une structure d'hébergement	**Sans chez soi « en situation de rue »**, ayant dormi principalement* : - Dans des lieux non prévus pour l'habitation (cave, cabane, voiture, usine, bureau, entrepôt, bâtiment technique, parties communes d'un immeuble, chantiers, tente, métro, gare, rue, pont, toilettes publiques, parking, square/jardin, ...) - Dans un centre d'hébergement d'urgence avec remise à la rue chaque matin - Dans un dispositif temporaire mis en place dans le cadre du plan hivernal ou plan grand froid (gymnase réquisitionné)
	Sans chez soi « Hébergé » : ayant dormi principalement* : - Dans un centre d'hébergement collectif gratuit ou à faible participation, quel que soit le centre (foyer d'urgence, centre de stabilisation, CHRS, Hôtel social, Asile de nuit, LHSS, Lits d'accueil médicalisés, …) - Dans un logement squatté (logement occupé sans droit ni titre) - Dans un logement s'il est hébergé par un ami ou de la famille faute de ne pouvoir avoir son propre logement - Dans un hôtel, que la chambre soit payée par une association, un centre d'hébergement, un organisme ou la personne (si cette situation est non pérenne)
	« Probablement sans chez soi » : si la personne appartenait à l'une de ces deux catégories mais que le type exact d'habitat n'est pas connu
Personne « Ancien sans chez soi » : toute personne ayant été à un moment de la vie dans une situation sans chez soi mais qui, au décès, dormait principalement* au cours des 3 derniers mois dans un logement personnel (parc social ou privé) ou un logement accompagné (maisons-relais, résidences sociales, pensions de famille, EHPAD …).	
Personne « Récemment à la rue » : toute personne ayant perdu son logement depuis moins de 6 semaines	

** Plus de 6 semaines sur les 3 derniers mois qui ont précédé le décès.*

[42] France métropolitaine, Départements et Collectivités d'Outremer.
[43] Age, sexe, lieu de décès, causes de décès, parcours.
[44] En 2020, le CMDR reprend le terme de personnes « sans chez soi » plutôt que le terme « SDF » utilisé dans les précédents rapports. En effet, le terme « sans chez soi » correspond d'avantage à la population étudiée. Les définitions ne changent pas.

Cette première étape repose sur l'exploration des données et contacts disponibles lors de la transmission du signalement. Elle mène à interroger les bases de données disponibles en open source (Fichier des décès de l'INSEE[45], plateforme MatchID[46]), à analyser les actes de décès et enquêter auprès de tiers afin de confirmer le statut vis à vis de la rue de chaque personne.

Dans une seconde phase, les équipes du CMDR recueillent, au moyen d'un questionnaire standardisé (Annexe 6), un ensemble de données retraçant le parcours de chaque individu décédé (Annexe 7). Les équipes bénévoles du CMDR mènent pour cela des entretiens téléphoniques auprès de tiers ayant pu connaître ces personnes de leur vivant (éducateur, maraudeur, proches, voisins, …).

Données recueillies

Les informations collectées sont démographiques (date et commune de naissance, date et commune de décès, âge, sexe), relatives au décès (circonstances de survenue, lieu et causes de décès), au contexte administratif, social et familial, au parcours résidentiel et à l'état de santé (pathologies, antécédents médicaux)[47].

Les données sont ensuite saisies sur Voozanoo®, une plateforme de saisie de données en ligne, sécurisée (agrément d'hébergement de données de santé conforme RGPD) et créée par Epiconcept.

Les causes de décès sont codées par l'équipe du CMDR sur la base des informations recueillies lors des signalements (circonstances du décès) et selon la classification internationale des maladies, 10ème révision (CIM-10)(23)[48].

Les lieux de vie connus des personnes décédées au cours de leur parcours ont été recodés selon la typologie européenne de l'exclusion liée au logement (ETHOS) de 2007 élaboré par la FEANTSA (24).

Analyse des données

Une analyse descriptive des données a été réalisée incluant le calcul de moyennes, écart-types et fréquences selon la nature des variables.

Une analyse comparative a été menée entre les décès recensés par le CMDR en 2020 et ceux recensés sur la période 2012-2019 d'une part et l'ensemble des décès de la population générale en France en 2020[49] d'autre part. Les tests usuels de comparaison de variables ont alors été utilisés (test du Chi2 pour les variables qualitatives et un test exact de Fischer lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5, un test T de Student pour les variables continues et le test non-paramétrique de Kruskal Wallis le cas échéant).

Le traitement et les analyses ont été réalisés en utilisant le logiciel Stata/IC 14.0 pour Mac, (© Stata Corp, College Station, TX).

Considérations éthiques et réglementaires

Le recueil rétrospectif mené par le CMDR porte sur des données déjà existantes et relatives à des personnes décédées. Leur type, leur stockage et leur exploitation par le CMDR exclusivement font l'objet d'une déclaration enregistrée à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) sous le numéro 1354755. Les informations personnelles recueillies ne font l'objet d'aucune communication à des tiers. Les données présentées dans ce rapport sont agrégées.

A noter que parmi les missions du CMDR, celui-ci peut aider la famille d'un défunt dans les démarches visant à récupérer certaines informations auxquelles elle peut avoir accès, notamment les comptes rendus d'autopsie si le corps du défunt a été examiné par un Institut médico-légal et le dossier médical si le décès a eu lieu dans un hôpital. Ces rapports sont destinés à la famille exclusivement, leurs contenus ne sont pas connus du Collectif.

[45] https://www.insee.fr/fr/information/4190491.
[46] https://deces.matchid.io/about/service.
[47] Pour plus de précisions, voir Annexe 7.
[48] Seule la cause initiale du décès est codée.
[49] Le fichier de données concernant les décès en France en 2020 est disponible en ligne sur le site de l'INSEE.

RESULTATS

Particularités de 2020 et une constante

L'année 2020 a été inévitablement marquée par l'épidémie de SARS-CoV-2. Cette situation a conduit le CMDR à suspendre l'enquête durant le premier confinement du 17 mars au 11 mai 2020. Il est probable qu'un certain nombre de parties prenantes au système de surveillance du CMDR n'ont pas pu signaler de décès du fait de la crise et des conséquences organisationnelles qui s'en sont suivies. Pour sa part, l'équipe Dénombrer & Décrire a repris son activité à la fin mai en adaptant son mode opératoire aux différentes directives gouvernementales (mesures barrières, aération, nombre limité de personnes dans les locaux, …). Cette situation a aussi permis à de nouveaux profils de bénévoles de participer à l'enquête D&D. Ainsi, des étudiants, des adultes en recherche d'emploi, en reprise d'étude, ou dont le projet de départ à l'étranger avait été suspendu sont venus renforcer l'équipe.

La surveillance de la mortalité réalisée par le CMDR n'est pas exhaustive. Sur la période 2008-2010, l'étude de C. Vuillermoz estimait que le dispositif mis en place par le CMDR ne recensait qu'une part infime (17%) des décès de personnes Sans Chez Soi (SCS) (22). De fait, les constats présentés dans le présent rapport sont à prendre avec précaution tant une part non négligeable des décès échappe à la surveillance du CMDR et peut donc impacter les résultats.

Un nombre qui tend à se stabiliser ?

En 2020, les équipes du CMDR ont recensé 670 décès de personnes sans domicile personnel ou ayant connu une telle période dans leur vie. Ce chiffre est légèrement inférieur à celui de 2019 (-3,5%) alors qu'il augmentait progressivement d'année en année jusqu'en 2018 et plafonne depuis (Tableau 2). Il est vain d'interpréter cette tendance comme une réalité de la mortalité des personnes sans chez soi. Au contraire, cette « stagnation » peut avant tout être la résultante des limites du dispositif actuel de surveillance mené par le CMDR, tant du point de vue des ressources (faute de financement suffisant, le travail repose principalement sur l'implication de bénévoles sujet à un renouvellement important et à un effort régulier de formation) que du point de vue organisationnel (les signalements des décès par les différents acteurs impliqués sont avant tout informels et reposent sur leur sensibilité au travail du CMDR, le signalement systématique des décès par tout acteur est encore à construire) .

Pour autant, 88% des décès (587 sur 670) ont concerné des personnes sans chez soi (SCS) au cours de leur trois derniers mois de vie. Parmi elles, 30% (177 sur 587) étaient en situation de rue et 31% hébergées. Dans 39% des cas, une absence de domicile personnel a été identifiée mais l'équipe D&D n'a pu préciser la situation de logement (rue ou hébergé) au cours de ces trois derniers mois de vie. Elles sont donc considérées comme « probablement sans chez soi ».

Ce nombre de 587 décès de personnes sans chez soi demeure largement inférieur à l'estimation formulée dans l'étude de C. Vuillermoz. Celle-ci établit que 6730 (IC95% :[4381-9079]) décès de personnes sans chez soi sont survenus au cours de la période 2008 et 2010, soit plus de 2000 décès par an.

Parmi les décès recensés en 2020 par la surveillance du CMDR, 12% des personnes (81 sur 670) ont connu, dans leur vie, un épisode sans chez soi mais étaient dans un logement[50] au moment du décès, et ce pendant leurs trois derniers mois de vie. Ces personnes sont donc considérées comme Anciennement sans chez soi (A-SCS). De plus, 2 personnes ayant perdu leur logement depuis moins de six semaines ont également été recensées parmi les décès (récemment sans chez soi, R-SCS).

[50] Logement personnel ou accompagné de type Maisons-Relais, Pension de famille.

Tableau 2 Nombre de décès de personnes sans domicile personnel ou ayant connu une telle période recensés par le CMDR, France 2012-2020

Situaiton de logement	2012 (N=455)		2013 (N=558)		2014 (N=600)		2015 (N=652)		2016 (N=666)		2017 (N=634)		2018 (N=700)		2019 (N=694)		2020 (N=670)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sans chez soi	**407**	**(89)**	**493**	**(88)**	**524**	**(87)**	**550**	**(84)**	**549**	**(82)**	**549**	**(87)**	**621**	**(89)**	**596**	**(86)**	**587**	**(88)**
Situation de rue	174	(43)	203	(41)	348	(66)	344	(63)	276	(50)	264	(48)	257	(41)	196	(33)	177	(30)
Hébergé.e	86	(21)	94	(19)	97	(19)	118	(21)	154	(28)	145	(26)	129	(21)	177	(30)	183	(31)
Proba sans chez soi	147	(36)	196	(40)	79	(15)	88	((16)	119	(22)	140	(26)	235	(38)	223	(37)	227	(39)
Ancien sans chez soi	**48**	**(11)**	**65**	**(12)**	**74**	**(12)**	**99**	**(15)**	**115**	**(17)**	**82**	**(13)**	**74**	**(11)**	**96**	**(14)**	**81**	**(12)**
Récemment à la rue	**0**	**(0)**	**0**	**(0)**	**2**	**(<1)**	**3**	**(<1)**	**2**	**(<1)**	**3**	**(<1)**	**5**	**(1)**	**2**	**(<1)**	**2**	**(<1)**

Les analyses portant sur la distribution des décès selon la classification du CMDR (SCS, A-SCS, R-SCS, situation de rue, hébergé.e, probablement sans chez soi) mettent en évidence des différences significatives entre les années (pour exemple, en 2014, 66% des personnes sans chez soi étaient en situation de rue contre 30% en 2020). Toutefois, ces variations résultent avant tout de la qualité du système de surveillance et des informations qui peuvent être recueillies par l'équipe D&D. Ainsi, la proportion de personnes « probablement sans chez soi » est deux fois plus importante si on compare 2014 et 2020 (respectivement 15% et 39%), traduisant la perte d'information du système pour l'année 2020.

D'autre part, la surveillance du CMDR est moins développée vers les acteurs du logement accompagné (Maison-Relais, Pensions de famille, …) que vers les Sans Chez Soi (SCS). Ce constat conduit à un moindre signalement des décès parmi les personnes « Anciennement Sans Chez Soi » (A-SCS).

La FEANTSA a développé une typologie (24), la grille ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion, Annexe 8), dans le but d'améliorer la connaissance et l'évaluation des situations de sans abrisme ou d'exclusion liée au logement. Cette outil permet de standardiser les différentes situations rencontrées et faciliter la comparaison à travers les différents pays d'Europe.

Son utilisation pour décrire la situation des 587 personnes sans chez soi décédées et recensées par le CMDR nécessite de ne prendre en compte que le dernier lieu d'habitation connu[51].

L'application de cette typologie aboutit à la composition suivante (Figure 1) :

- 34% des personnes étaient sans abri. Et parmi elles, 68% (135 sur 200) étaient à la rue et 32% (65 sur 200) en hébergement d'urgence ;
- 26% étaient sans logement personnel, c'est à dire hébergées en CHRS, en Centre de stabilisation, en Hôtel, en structures de soins (LHSS, LAM, ACT, Hôpital), en foyer de travailleurs migrants ;
- 7% étaient dans un logement précaire (squat ou hébergé par un tiers) ;
- Moins d'1% étaient en logement inadéquat (caravane, mobile-home) ;
- Moins d'1% avaient eu accès à un logement au moment du décès (logement, maisons-relais, pensions de famille, …) ;
- Pour 32% de personnes le dernier lieu d'habitation n'a pu être renseigné

Cette répartition des personnes SCS décédées en 2020 selon la grille ETHOS ne présente pas de différence avec celle de la période 2012-2019.

Toutefois, il est réducteur de ne considérer que le dernier lieu d'habitation ou le dernier lieu où la personne a passé la nuit. La définition utilisée par le CMDR qui repose sur le principal lieu de vie au cours des trois derniers mois précédent le décès considère les 587 personnes comme sans chez soi.

[51] Dans la définition de cas du CMDR utilise les trois derniers mois de vie pour classer les cas en situation de rue, hébergé.e, probablement sans chez soi (cf. Méthode, p10).

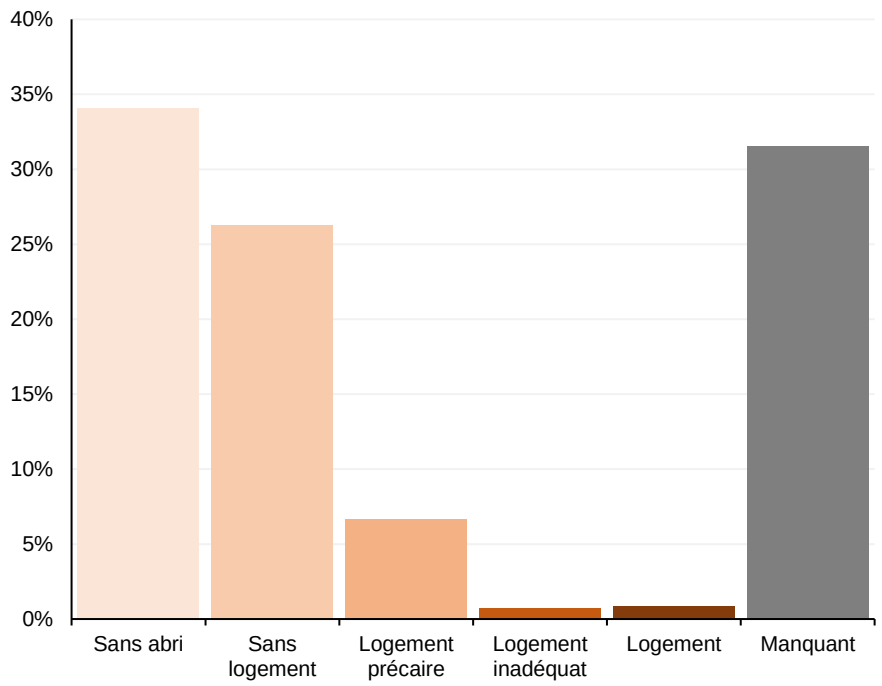


Figure 1 - ***Répartition des personnes sans chez soi décédées en 2020 selon le dernier lieu d'habitation connu et selon la classification du mal logement ETHOS 2007***

Thibault, 27 ans, né en France.

Thibault avait choisi de rejoindre sa compagne vivant à la rue. Tous les deux oscillaient entre les squats, les hébergements d'urgence et la rue. Peu de structures acceptent les jeunes couples.

Peu à peu, il a commencé à consommer quelques substances avant d'en devenir dépendant. Mais grâce à un travail d'accompagnement des acteurs sociaux et médico-sociaux, il réussit à mener un sevrage complet.

Ces années de vie en errance commençaient à se faire sentir, il devenait moins énergique et plus fatigué. Bien que volontaire, Thibault avait de plus en plus de mal à se projeter et à s'engager dans des démarches. Particulièrement affecté par la séparation avec sa compagne survenu un mois avant et confronté à une grande solitude, il se suicide.

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

Les personnes sans chez soi décédées en 2020

Tableau 3 - *Distribution de la mortalité parmi les personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2020 et sur la période 2012-2019*

Variables	SCS 2020 (N=587)		SCS 2012-2019 (N=4289)		Valeur p
	n	(%)	n	(%)	
Sexe					**0,27**
Masculin	525	(89)	3824	(89)	
Féminin	57	(10)	391	(9)	
Manquant	5	(1)	74	(2)	
Age moyen (± SD)	**48 ♀ ± 16**		**49 † ± 15**		**0,12**
[min-max]	[0-89]		[0-95]		
Classes d'âge					**0,22**
[0-30[	61	(10)	378	(9)	
[30-45[	138	(24)	942	(22)	
[45-65[	270	(46)	2187	(51)	
≥ 65	80	(14)	527	(12)	
Manquant	38	(6)	255	(6)	
Pays de naissance					**0,07**
France	263	(45)	2095	(49)	
UE	95	(16)	729	(17)	
Hors UE	153	(26)	916	(21)	
Manquant	76	(13)	549	(13)	
Statut					**<0,01***
Seul	171	(29)	999	(23)	
Seul avec enfant	0	(0)	4	(<1)	
En couple	30	(5)	146	(3)	
En couple avec enfant	15	(3)	32	(1)	
Mineur isolé	2	(<1)	18	(<1)	
Mineur en famille	16	(3)	65	(2)	
Mineur en groupe/en couple	1	(<1)	4	(<1)	
En famille (fratrie)	2	(<1)	8	(<1)	
En famille (grands-parents)	1	(<1)	6	(<1)	
Manquant	349	(60)	3007	(70)	
Région de décès					**0,11**
Ile de France	267	(45)	1800	(42)	
Autres régions	320	(55)	2489	(58)	
Saison de décès					**<0,01***
Hiver	127	(22)	1146	(27)	
Printemps	166	(28)	885	(21)	
Eté	136	(23)	936	(22)	
Automne	138	(24)	1107	(26)	
Manquant	20	(3)	215	(5)	
Lieu de décès					**0,05**
Hébergement/logement	78	(13)	475	(11)	
Abri	56	(10)	536	(12)	
Voie/espace public	200	(34)	1314	(31)	
Lieu de soins	189	(32)	1391	(32)	
Détention	1	(<1)	22	(1)	
Manquant	63	(11)	551	(13)	

♀ 54 données manquantes. † 363 données manquantes.
** valeur p significative pour p<0,05*

Des décès masculins, jeunes et ayant vécu seuls, concentrés en Ile de France et survenus sur la voie publique

Parmi les 587 décès enregistrés par le CMDR au cours de l'année 2020, les décès masculins sont surreprésentés, avec près de 90% des décès, tout comme sur la période 2012-2019 (Tableau 3).

L'âge moyen au décès s'établit à 48 ans (IC95% :[47-50]) ce qui n'est pas statistiquement différent de la moyenne retrouvée sur la période 2012-2019 (49 ans, IC95% :[49-50]). La tranche d'âge la plus représentée est celle des [45-65 ans[(46% des décès) suivi des [30-45 ans[.

Dans un peu moins d'un cas sur deux, les décès recensés par le CMDR concerne des personnes nées en France (45%) ce qui est similaire aux années précédentes.

Parmi les personnes nées à l'étranger et décédées en 2020 (Figure 2), la Pologne constitue le premier pays d'origine (13%), suivi par l'Algérie (10%), le Maroc (8%), la Roumanie (8%), la Bulgarie (4%) et la Tunisie (4%). A eux 6, ces pays représentent près de 45% des personnes d'origine étrangère et décédées en 2020 (47% sur la période 2012-2019).

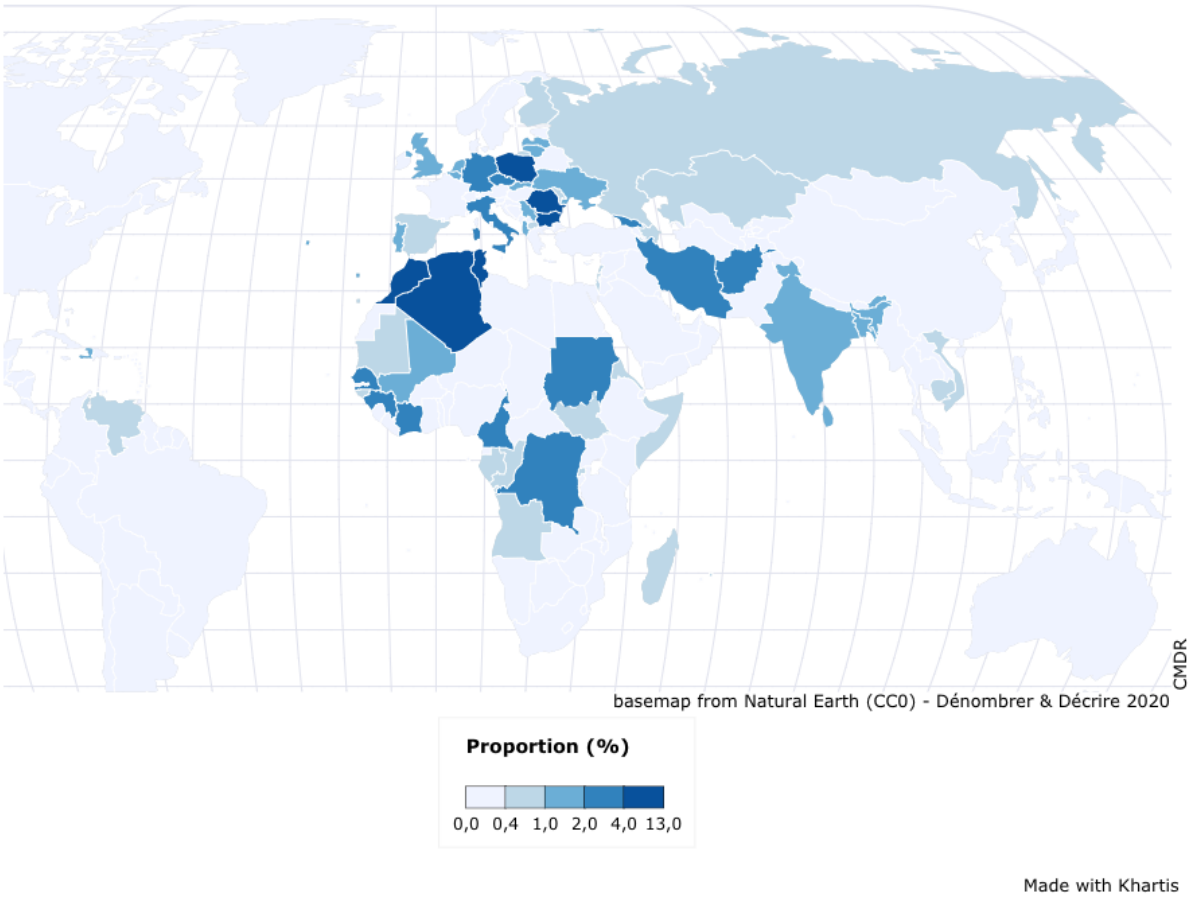


Figure 2 – *Répartition des personnes sans chez soi décédées en 2020 selon leur pays de naissance (hors France), recensées par le CMDR*

Pour les personnes nées en France et nées au sein de l'UE, les principales catégories d'âge sont les [45-65 ans[(57% dans les deux cas) et les [30-45 ans[(21% des cas nés en France, 23% nés dans l'UE). En revanche, pour les personnes nées hors UE, la distribution est plus étalée : 18% de moins de 30 ans, 27% des cas âgés entre [30-45 ans[, 32% des cas âgés de [45-65 ans[et 22% parmi les plus de 65 ans.

Il est constaté sur les 40% de données recueillies que 29% des personnes SCS étaient seules, 5% étaient en couple, 3% étaient en couple avec enfant et 3% étaient mineurs.

Parmi les 349 personnes pour lesquelles un statut matrimonial n'a pu être défini, soit 60% des données, l'analyse du statut matrimonial s'est faite sur les actes de décès où il est fait mention de :

- 26% de personnes célibataires (171 sur 349) ;
- 7% divorcées ;
- 2% mariées ;
- Moins de 1% de personnes veuves.

Si ces données sont statistiquement différentes entre 2020 et 2012-2019, ces différences sont à mettre sur le compte de la distribution, très variable, des données manquantes (variation de 10% entre 2020 et 2012-2019, supérieure à toute autre).

Comme les années précédentes, la majorité des décès de personnes SCS recensés par le CMDR est survenue en Ile de France (plus de 45%, n=267) contre 55% dans les autres régions (Figure 3). Les Hauts de France et l'Occitanie sont les 2ème et 3ème régions où les décès ont été les plus nombreux. Rapporté à la population française par région[52], il est recensé 22 décès de personnes SCS par million d'habitants en Ile de France, 11 décès par million d'habitants dans les Hauts de France et en Occitanie.

Les décès dans ces deux dernières régions sont en hausse par rapport à l'année 2019 respectivement de 18% et 42%. Cependant, la Bourgogne Franche Comté (+117%) et la région Centre Val de Loire (+67%) sont celles où l'augmentation a été la plus forte par rapport à 2019. A contrario, les baisses les plus importantes ont concerné la Martinique (-80%), la Guyane (-67%) et la Bretagne (-64%).

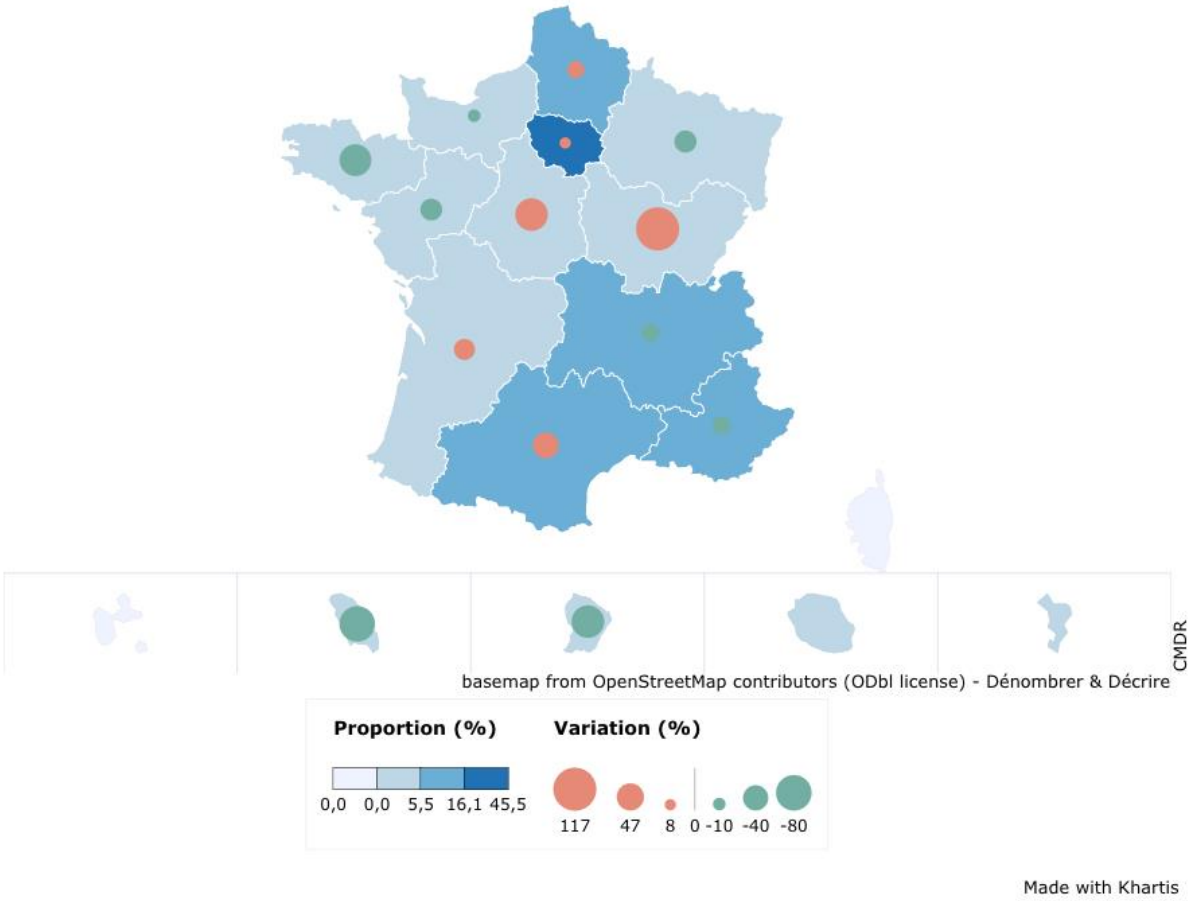


Figure 3 - *Répartition des décès des personnes sans chez soi recensés par le CMDR en 2020 et comparaison avec l'année 2019*

[52] D'après les données de l'INSEE en date du 30/03/2021 sur l'estimation de la population au 1er janvier 2021.

Ali, 58 ans, né en France.

Ali serait né à Marseille. Il aurait ensuite vécu à Toulon où il s'est marié et y a exercé le métier de secrétaire médical. Au décès de sa femme, il quitte alors Toulon pour Paris et se retrouve à la rue peu de temps après. Il aurait fait la manche près de la Sorbonne, pour vivre, il récupère des livres pour les revendre. Beaucoup de riverains le connaissaient et s'arrêtaient pour lui donner une pièce ou parler de littérature. Proche de plusieurs communautés religieuses, il était accueilli et le repas lui était préparé. Parfois, il offrait des fleurs pour remercier de l'hospitalité. Il était connu des maraudes qui l'avaient orienté pour un suivi médical. Hospitalisé puis pris en charge dans un Lit Halte Soins Santé, il était finalement retourné vivre à la rue. Après plus de vingt ans d'errance marquées par la violence, l'insécurité et le manque d'hygiène, Ali était en très mauvaise santé. Les pompiers qui l'ont transporté à l'hôpital n'ont pu que constater son décès à l'arrivée aux urgences.

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

67% des personnes nées en France sont décédées en province contre 33% en Ile de France. Ces dernières étaient plus âgées, 20% des décès survenus en Ile de France ayant concerné des plus de 65 ans contre 9% en province (Tableau 4).

Pour les personnes nées hors de l'UE, la situation s'inverse avec une majorité des décès survenus en Ile de France (66% contre 34% en province). Seuls, les moins de 30 ans sont plus fréquemment décédés en province.

Cette répartition est un peu plus équilibrée pour les personnes nées dans l'UE (54% en Ile de France, 46% en province).

Tableau 4 - ***Répartition des décès selon l'âge et la région de décès, selon le pays d'origine, CMDR 2020***

	Né.e en France				**Né.e en UE, hors de France**				**Né.e hors UE**			
	Ile de France		Autres régions		Ile de France		Autres régions		Ile de France		Autres régions	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
< 30 ans	8	(9)	16	(9)	3	(6)	2	(5)	14	(14)	13	(25)
[30-45 ans[	12	(14)	44	(25)	10	(19)	16	(36)	28	(28)	13	(25)
[45-65 ans[	50	(57)	100	(57)	32	(63)	23	(52)	32	(31)	17	(33)
≥ 65 ans	18	(20)	15	(9)	6	(12)	3	(7)	27	(27)	6	(11)
Manquant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	(6)
Total	**88**	**(100)**	**175**	**(100)**	**51**	**(100)**	**44**	**(100)**	**101**	**(100)**	**52**	**(100)**

Des décès sont survenus au cours de chaque saison de l'année 2020, notamment au printemps (28%) et à l'automne (24%). Cette distribution est différente de la période 2012-2019.

En prenant en compte la moyenne des décès par saison sur la période 2012-2019 et en la comparant au nombre de cas survenus en 2020 (Figure 4), les différences constatées apparaissent plus évidentes. A noter que sur la figure 4, deux périodes hivernales apparaissent : la première saison hivernale (du 1er janvier au 20 mars 2020) et la seconde qui débute généralement le 21 décembre de l'année.

Ainsi, sur la période 2012-2019, la proportion moyenne de décès survenus au cours du printemps s'élève à 22% (médiane établie à 22%, minimum de 17% et maximum de 24%) contre 29% sur l'année 2020. La proportion de décès recensés au printemps 2020 est plus élevée qu'habituellement en cette saison (cf. Partie Epidémie de SARS-CoV-2).

Pour la première saison hivernale, une proportion plus faible de décès est retrouvée en 2020. La proportion moyenne de décès pour la période 2012-2019 s'établissant à 24% (médiane à 24%, minimum de 21% et maximum de 29%) contre 19% en 2020.

A l'automne, la proportion de décès survenus en 2020 (24%) est plus faible que sur la période 2012-2019 mais demeure supérieure au minimum observé (22% en 2013).

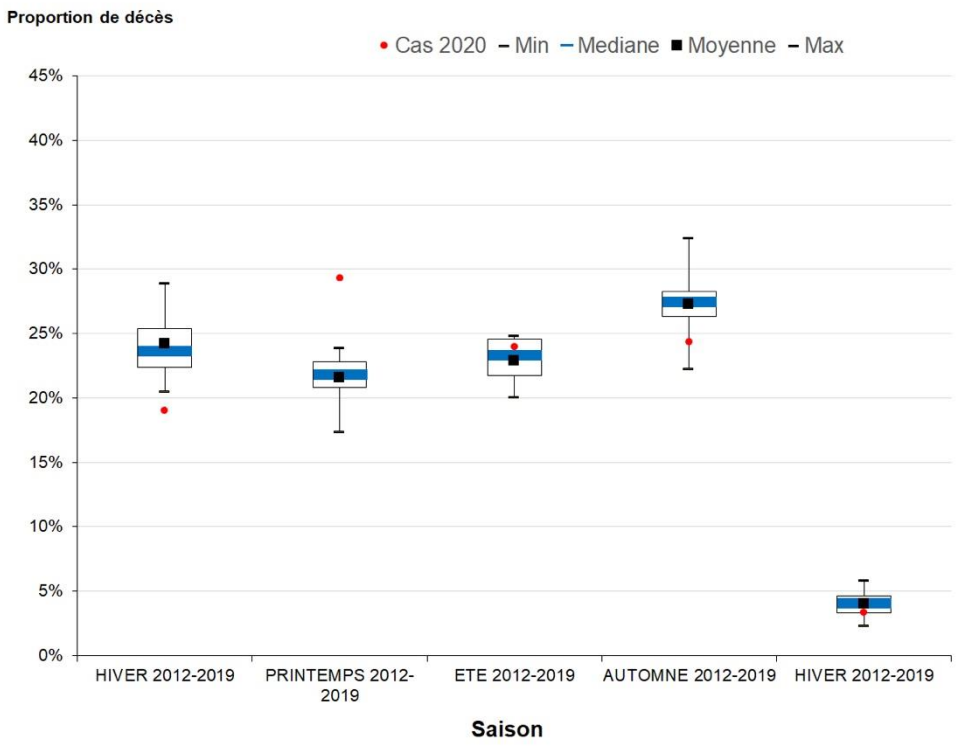


Figure 4 – *Distribution de la proportion moyenne des décès pour la période 2012-2019 selon la saison par rapport à l'année 2020*

En 2020, le premier lieu de décès est l'espace public (34%). Il peut s'agir de la rue, d'une route, d'un fleuve ou d'un cours d'eau, d'un parking, d'un square ou encore du métro.

Les lieux de soins constituent le 2ème lieu de décès le plus fréquent (32%). Ils comprennent les hôpitaux, les LAM, les LHSS, les urgences, les soins palliatifs. Enfin dans 13% des cas, les personnes SCS sont décédées dans des lieux d'hébergement de type CHU, CHRS ou encore au domicile d'un tiers.

Cette distribution des lieux de décès en 2020 ne présente pas de différence avec les données recueillies sur la période 2012-2019.

Des décès violents, plus fréquents en province, chez les plus jeunes

Majoritairement les causes de décès des personnes sans chez soi sont mal définies et/ou inconnues (64% en 2020). En l'absence de données précises, les descriptions suivantes sont à prendre avec précaution tant le poids de ces causes inconnues peut influer sur la distribution globale (Tableau 5).

Il est observé en 2020 que 24% des décès sont liés à des causes externes (type agression, suicides, noyades, …), 4% sont liés à des tumeurs, 4% à des maladies liées à l'appareil circulatoire et 3% à des causes comme des infections, des maladies de l'appareil respiratoire.

Des différences apparaissent avec la période 2012-2019 mais elles sont principalement le fait de la proportion plus élevée de décès par causes mal définies enregistrées en 2020 (64% contre 54%).

Tableau 5 - *Distribution des causes de décès des personnes sans chez soi recensées par le CMDR en région Ile de France et dans les autres régions, en 2020 et sur la période 2012-2019*

Causes de décès	Autres régions 2020 n=320	IDF 2020 n=267	Année 2020 N=587	Période 2012-2019 N=4289
Tumeurs (C00-D48)	**4%**	**4%**	**4%**	**6%**
Trachée, bronches, poumons (C33-C34)	1%	1%	1%	1%
Voies aéro-digestives supérieures (C00-C14, C15, C32)	-	-	-	1%
Organes digestifs (C16-C19, C22, C25)	1%	<1%	1%	1%
Autres	3%	3%	3%	4%
Causes externes (V01-Y98)	**30%**	**15%**	**24%**	**25%**
Aggression (X85-Y09)	8%	5%	7%	5%
Suicides (X60-X84)	2%	2%	2%	3%
Noyades (W65-W74)	7%	3%	5%	3%
Accident de transport (V01-V99)	3%	<1%	2%	3%
Chutes (W00-W19)	1%	1%	1%	2%
Exposition à un froid excessif (X31)	-	<1%	<1%	1%
Exposition à une chaleur excessive (X30)	-	<1%	<1%	<1%
Intoxications (X40-X49)	8%	1%	5%	2%
Autres	3%	3%	3%	5%
Maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99)	**4%**	**4%**	**4%**	**9%**
Cardiopathies ischémiques (I20-I25)	-	<1%	<1%	<1%
Autres formes de cardiopathies (I30-I52)	3%	4%	3%	5%
Maladies cérébrovasculaires (I60-I69)	<1%	<1%	<1%	1%
Autres	1%	-	<1%	1%
Troubles mentaux et comportements (F00-F99)	**<1%**	**-**	**<1%**	**1%**
Liés à la consommation d'alcool (F10)	1%	-	<1%	1%
Liés à la consommation de stupéfiants (F11-16, F18-19)	-	-	-	<1%
Autres	-	-	-	<1%
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)	**1%**	**1%**	**1%**	**2%**
Maladies chroniques du foie et cirrhose (K70, K73-K74)	<1%	<1%	<1%	1%
Autres	1%	<1%	1%	1%
Autres causes	**1%**	**5%**	**3%**	**3%**
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	-	1%	<1%	2%
Maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)	1%	3%	2%	1%
Maladies du système nerveux (G00-G99)	-	-	-	<1%
Autres	<1%	1%	1%	1%
Causes de décès mal définies et inconues (R00-R99)	**60%**	**70%**	**64%**	**54%**

Hormis les causes mal définies, en province, 30% des décès sont liés à une cause externe (accidentelle ou violente) alors qu'en Ile de France cette proportion n'est que de 15%. Il s'agit principalement d'agressions (8% en province vs 5%), de noyades (7% en province vs. 3%), d'accidents de transport mais également d'intoxications (8% contre 1%).

Les causes de décès sont également différentes selon l'âge au décès (Tableaux 6 et 7) en 2020 (p<0,001).

Tableau 6 - *Distribution de l'âge selon les causes de décès parmi les personnes sans chez soi, CMDR 2020 , N=533*

Causes de décès	Age (N=533)				
	moy	IC95%	p25	mediane	p75
Causes de décès SAI	50	[49-52]	42	51	61
Causes externes	40	[37-42]	30	39	50
Maladies de l'appareil circulatoire	52	[48-55]	45	50	57
Tumeurs	57	[53-61]	53	58	63
Troubles mentaux	39	-	39	39	39
Maladies de l'appareil digestif	45	[39-50]	42	44	45
Autres causes	53	[43-63]	49	60	67

Tableau 7 - *Comparaison de la distribution de l'âge selon la cause de décès avec correction de Bonferonni (p<0,0024) test de Mann-Whitney, CMDR 2020*

Causes de décès	Causes de décès SAI	Causes externes	Maladies de l'appareil circulatoire	Tumeurs	Troubles mentaux	Maladies de l'appareil digestif
Causes externes	**p<0,001**					
Maladies de l'appareil circulatoire	p=0,853	**p<0,001**				
Tumeurs	p=0,016	p<0,001	p=0,020			
Troubles mentaux	p=0,275	p=0,989	p=0,127	p=0,147		
Maladies de l'appareil digestif	p=0,180	p=0,385	p=0,099	p=0,014	p=0,380	
Autres causes	p=0,156	**p<0,001**	p=0,112	p=0,966	p=0,307	p=0,069

Ainsi, l'âge moyen pour les décès survenus par causes externes est plus faible (40 ans) que pour les décès dont les causes sont restées mal définies (50 ans), les causes liées à une maladie de l'appareil circulatoire (52 ans) et pour les autres causes[53] (53 ans).

Parmi les personnes nées en France, 60% sont décédées de causes mal définies, 25% de causes externes et 14% de maladie. Pour celles nées au sein de l'UE, la distribution est assez similaire (68% de décès par causes mal définies, 13% de décès par causes externes et 19% par maladie). Pour les personnes nées hors de l'UE, en revanche, la proportion de décès par causes externes (30%) est plus élevée par rapport à celle des deux groupes précédents. La proportion de décès par maladie est à l'inverse plus faible (8%).

Si l'on prend en compte la distribution des causes de décès par classe d'âge (Figure 5), il est observé pour les personnes nées en France, le poids des causes externes pour les tranches d'âge les plus jeunes suivi d'une diminution progressive au profit des décès par maladie. Pour les personnes nées hors de l'UE, la proportion de décès par cause externe est particulièrement élevée pour les moins de 30 ans.

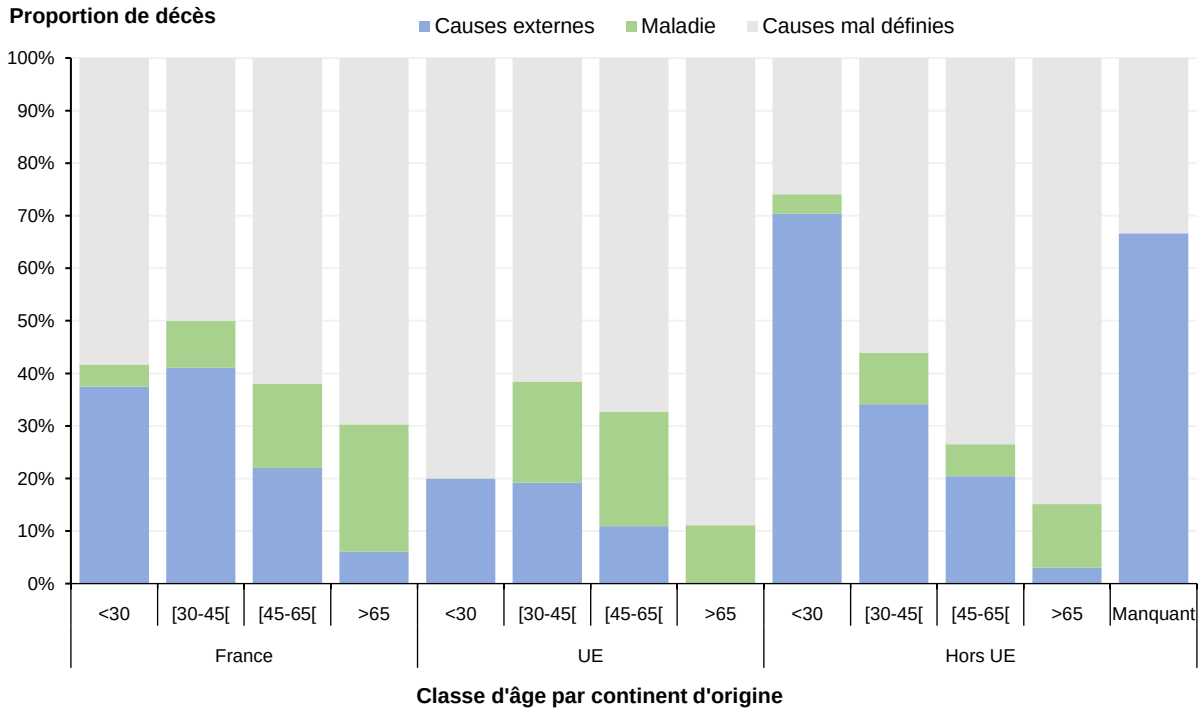


Figure 5 - *Distribution des causes de décès selon la classe d'âge pour chaque pays d'origine (France, UE, Hors UE) parmi les décès de sans chez soi recensés par le CMDR en 2020*

[53] Maladies : de l'appareil respiratoire, infectieuses, endocriniennes, de l'appareil génito-urinaire, malformations congénitales.

Nina 35 ans, née en Pologne.

Nina a quitté la Pologne à 17 ans. Elle parlait 6 langues, avait travaillé comme agent d'entretien et serveuse dans la restauration. Elle avait obtenu un diplôme de pédicure. En France, elle s'installe en couple dans un logement, mais son compagnon décède brutalement. Nina perd alors son travail et se retrouve contrainte de quitter son logement. Débute alors un long chemin d'errance où Nina côtoie la violence de la vie à la rue. Pour échapper quelque peu à ce quotidien, Nina se met à consommer différentes substances. Elle fait la rencontre de Sylvain, un ami devenu très proche. Ensemble, ils s'accrochent, se soutiennent. Pris en charge par une association, ils trouvent tous les deux un hébergement. Nina débute un sevrage, renoue contact avec sa famille. A la mort de Sylvain, Nina se retrouve seule, plongée dans la dépression et la perte de son ami. Elle sera découverte inanimée un matin dans son lit.

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

Des états de santé encore méconnus

Les données relatives à l'état de santé avant décès des personnes sans chez soi sont très parcellaires. Ainsi en 2020, l'information sur l'existence d'un suivi médical n'a été recueillie que dans 26% des cas, soit 155 fois. Parmi ces derniers, 22% (n=130) étaient suivis médicalement et 4% (n=25) étaient sans suivi (Annexe 10, Tableau 16).

Des informations sur les comorbidités ont pu être recueillies pour 291 personnes (50%) en 2020 contre 36% pour la période 2012-2019 (Tableau 8). Dans seulement 7% des cas (n=43), des données relatives aux antécédents ont pu être considérées en 2020 contre 24% en 2012-2019. L'analyse de l'état de santé des personnes sans chez soi décédées en 2020 est donc à prendre avec précaution.

Dans le tableau 8, les proportions des principales pathologies ont été calculées sur la base des cas pour lesquelles une information de santé était existante. Par exemple, 42 personnes présentaient une altération de l'état général, soit 14% parmi les 291 cas.

Tableau 8 - *Distribution des principales pathologies et antécédents des personnes sans chez soi recensées par le CMDR en région Ile de France et dans les autres régions, en 2020*

Variables	Sans chez soi 2020 (N=587)		Sans chez soi 2012-2019 (N=4289)	
	n	(%)	n	(%)
Informations Etat de santé				
Oui	291	(50)	1547	(36)
Non	296	(50)	2742	(64)
Informations Antécédents de santé				
Oui	43	(7)	1026	(24)
Non	544	(93)	3263	(76)
Prévalence principales pathologies chez personnes avec infos de santé (n=291)				
Consommation d'alcool - F10	150	(52)		
Usage de substances psycho-actives multiples - F19	86	(30)		
Consommation de tabac - F17	81	(28)		
Troubles psychologiques SAI - F99	71	(24)		
Alétration Etat général - R53	42	(14)		
Maladie SAI - R69	33	(11)		
Cardiopathie SAI - I51	17	(6)		
Tumeur SAI - C80	13	(4)		
Epilepsie SAI - G40	13	(4)		
Covid19 - U07	13	(4)		
Mobilité restreinte - Z74	11	(4)		
Diabète SAI - E14	9	(3)		
Troubles respiratoire SAI - J98	9	(3)		
Maladie du Foie SAI - K76	9	(3)		
Usage de cocaïne - F14	8	(3)		
Refus de soins - Z53	7	(2)		
VIH/SIDA - B24	6	(2)		
Usage d'opiacés - F11	5	(2)		
Prévalence principaux antécédeants chez personnes avec infos d'antécédénts (n=43)				
Sevrage drogue - Z50.3	10	(23)		
Sevrage alcool - Z50.2	6	(14)		
Séquelles maladie cardio-vasculaires - I69	3	(7)		
Antécédent dépressif - F32	2	(5)		
Antécédent embolie pulmoniaire - I26	2	(5)		
Séquelles d'AVC - I64	2	(5)		
Amputation d'un membre - T05	2	(5)		
Séquelles de chirurgie - Y83	2	(5)		
Besoin d'assistance et de soins - Z74.1	2	(5)		
Absence acquise d'un organe - Z90.8	2	(5)		
Dépendance envers un fauteuil roulant - Z99.3	2	(5)		

En 2020, il est constaté l'importance des troubles liés à la consommation d'alcool (52%), de l'usage multiple de substances psychoactives (30%) et de la consommation de tabac (28%).

24% des personnes présentaient un trouble psychologique non précisé, 14% une altération de l'état général. Dans 11% des cas, une maladie était existante mais n'a pu être définie. On note également

une atteinte à la COVID19 pour 4% des cas. 7 personnes présentaient un refus de soins malgré un état de santé dégradé.

Il est à noter, bien que l'effectif soit particulièrement faible (n=43), que 23% (n=10) des personnes avaient réussi à mener un sevrage de substances psychoactives et 14% (n=6) un sevrage de l'alcool.

Un parcours social partiellement connu

Les données obtenues concernant le parcours social des personnes décédées en 2020 sont limitées. Le plus souvent, aucune information n'a pu être recueillie. Les descriptions suivantes sont parcellaires et constituent des valeurs minimales.

Parmi les 587 personnes sans chez soi décédées l'année passée, le CMDR a recueilli des informations sur le suivi social pour 34% d'entre elles (n=200). Au moins 32% (n=190) avaient bénéficié d'un suivi (contre 29% sur la période 2012-2019).

Les personnes SCS suivies l'étaient, dans au moins 48% des cas, par des acteurs associatifs et pour au moins 12% par un CCAS. (Annexe 9, Tableau 18).

Dans certains cas, des démarches ont pu être initiées au cours des 12 derniers mois précédant le décès mais cette information est rare (78% des cas sans information sur le sujet). Lorsque l'information était disponible (16%, n=94), les 5 principales actions initiées étaient :

- L'accès au logement ;
- L'accès aux soins ;
- La régularisation de la situation administrative ;
- La recherche d'un emploi ;
- L'apprentissage du français, des démarches pour bénéficier de la retraite, des demandes de RSA, d'AAH, …

Au moins 36% des personnes SCS recensées par le CMDR avaient une domiciliation (29% pour la période 2012-2019). Celle-ci était majoritairement réalisée par les associations (43%) et par les CCAS (23%).

Pour 171 personnes (29%), il a pu être recueilli une information relative à la couverture santé. Si 23 personnes n'en avaient aucune, 148 (25%) avaient des droits ouverts à la sécurité sociale (type PUMa, CMU-C, AME).

Le CMDR a identifié des informations relatives aux sources de revenus pour 195 personnes (29%). Parmi elles, 64% (n=111) bénéficiaient des minimas sociaux (RSA) ou d'un salaire et 25% (n=43) de revenus issus de la mendicité.

Des épreuves multiples au cours d'une vie

Parmi les 587 personnes décédées en 2020, il a pu être identifié qu'au moins 4% d'entre elles (n=22) avaient été placées durant leur enfance en institution, en famille d'accueil ou en foyer (Annexe 9, Tableau 19) sachant qu'en 2012, l'INSEE avait estimé que 15% des personnes sans domicile avaient été placées durant leur enfance.

Des signalements d'épreuves et ruptures ont été recueillis pour 432 personnes (74%). Ces ruptures se traduisent majoritairement par un parcours migratoire ou un déménagement (31% de 432). Il est également observé parmi les ruptures les plus fréquentes : un parcours migratoire associé à l'existence d'une maladie grave (5%), un divorce ou une séparation conjugale (2%), des addictions (alcool, substances psychoactives), une rupture de contact avec un enfant associée à une séparation et une dépendance à l'alcool (1%).

Lorsque des informations sur les événements ayant conduit à la rue ont pu être recueillies (ce pour seulement 19% des personnes), les séparations conjugales ou familiales (26%), l'éloignement géographique (12%), le décès d'un proche (6%) et l'expulsion d'un logement (9%) semblaient en être les principaux éléments déclencheurs (Annexe 9, Tableau 19).

Un temps d'errance qui tend à augmenter avec l'âge

Le temps d'errance depuis la perte d'un logement et le début d'une vie « sans chez soi » a pu être estimé dans 53% des cas (n=313). Les décès sont observés principalement chez les personnes avec un temps d'errance long (24% avaient passé plus de 10 ans en errance, 11% entre 5 et 10 ans). (Annexe 9, Tableau 20).

L'analyse de l'âge au décès restreinte aux cas pour lesquels l'information était présente (exclusion de 274 cas où le temps d'errance était manquant et 3 cas où l'âge était absent) rend compte de l'existence d'une différence significative entre les 5 classes de temps (p<0,0001)[54] (Tableau 9 et Tableau 10).

Tableau 9 – *Comparaison de l'âge moyen au décès des personnes sans chez soi selon leur temps d'errance, CMDR 2020*

Temps d'errance global	Age (N=310)				
	moy	IC95%	p25	mediane	p75
< 6 mois	30	[17-43]	0	35	50
[6 mois - 12 mois[	39	[27-52]	20	44	61
[1 an - 5 ans[	45	[42-49]	33	47	56
[5 ans - 10 ans [	53	[50-57]	47	51	63
≥ 10 ans	54	[53-56]	47	56	63

Tableau 10 - *Comparaison de la distribution de l'âge selon la classe de temps d'errance avec correction de Bonferroni (p<0,005), test de Mann-Whitney, CMDR 2020*

Temps d'errance global	< 6 mois	[6 mois - 12 mois[	[1 an - 5 ans[	[5 ans - 10 ans [
[6 mois - 12 mois[	p=0,280			
[1 an - 5 ans[	p=0,040	p=0,420		
[5 ans - 10 ans [	**p<0,001**	p=0,045	**p<0,005**	
≥ 10 ans	**p<0,001**	p=0,041	**p<0,001**	p=0,46

La distribution de l'âge moyen au décès présente une différence significative entre les personnes ayant passé moins de six mois en errance et celles ayant passé entre cinq à dix ans et plus de dix ans.

Une différence est également retrouvée entre les personnes ayant passé un à cinq ans en errance et celles ayant passé entre cinq à dix ans et plus de dix ans.

Le test de tendance de Cuzik significatif (p<0,001) indique que la médiane de l'âge (Tableau 9) augmente significativement avec le temps d'errance.

[54] Test de Kruskwal-Wallis.

Personnes sans chez soi & population générale

Tableau 11 - *Distribution de la mortalité entre personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2020 et la population générale décédée en France, INSEE 2020*

Variables	Population sans chez soi (n=587)		Population générale (n= 659 711)	
	n	(%)	n	(%)
Sexe				
Masculin	525	(89)	330 488	(50)
Féminin	57	(10)	329 223	(50)
Manquant	5	(1)	0	-
Age moyen [IC95%]	**48 ♀**	**[46,89-49,56]**	**79 ✝**	**[79,36-79,44]**
Détails : mediane ; (Q1-Q3) ; [min-max]	49 ; (39-59) ; [0-89]		84 ; (71-90) ; [0-116]	
Classes d'âge				
[0-30[	61	(10)	7 812	(1)
[30-45[	138	(24)	11 239	(2)
[45-65[	270	(46)	80 005	(12)
≥ 65	80	(14)	560 654	(85)
Manquant	38	(6)	1	(<1)
Pays de naissance				
France	263	(45)	580 493	(88)
Etranger	252	(43)	79 201	(12)
Manquant	72	(12)	17	(<1)
Saison de décès ✝				
Hiver (1)	108	(18)	144 417	(22)
Printemps	166	(28)	173 376	(26)
Eté	136	(23)	148 972	(23)
Automne	138	(24)	179 281	(27)
Hiver (2)	19	(3)	13 648	(2)
Manquant	20	(3)	17	(<1)
Région de décès				
Ile de France	267	(45)	89 814	(14)
Autres régions	320	(55)	569 897	(86)

♀ 54 données manquantes. ✝1 donnée manquante.
✝ Hiver (1) du 01/01/2020 au 19/03/2020, Printemps du 20/03/2020 au 19/06/2020, Eté du 20/06/2020 au 21/09/2020, Automne du 22/09/2020 au 20/12/2020 et Hiver (2) du 21/12/2020 au 31/12/2020.

La comparaison des principales caractéristiques des personnes sans chez soi décédées en 2020 par rapport aux décès survenus en population générale en France de la même année (Tableau 11) met en évidence plusieurs éléments :

Dans la population générale, le sex-ratio homme/femme est de 1,0 quand il est de 9,2 chez les personnes sans chez soi. Près de 90% des décès recensés par le CMDR concernaient ainsi des hommes.

En moyenne, les personnes recensées par le CMDR sont décédées à 48 ans, soit avec un peu plus de 30 ans d'écart par rapport à la population générale (79 ans). De plus, 75% des sans chez soi décèdent avant 59 ans alors que seulement 25% de la population générale décède avant 71 ans. Ces différences sont représentées sur la pyramide des âges au décès (Figure 6). Elles mettent en évidence le fort décalage vers les plus jeunes âges des décès parmi les sans chez soi.

Petro, 43 ans, né en Roumanie.

Petro racontait avoir tenu un magasin de jouets dans son pays mais qu'il avait dû mettre la clé sous la porte face à la concurrence de la grande distribution. Il était parti pour la France en espérant pouvoir subvenir aux besoins de sa famille restée au pays. Sans papier, il travaille non déclaré dans le bâtiment, la restauration. Bloqué pour accéder à de nombreuses aides, il commence à vivre à la rue, parcourant différentes villes de France. Dernièrement, Petro s'était installé sous une tente dans une ville de province. Connu des commerçants pour sa gentillesse, il leur donnait parfois un coup de main pour décharger la marchandise.
Et puis un jour, il est admis à l'hôpital où il décède. Son corps est rapatrié au pays grâce à un élan de solidarités entre commerçant et riverains. Petro est inhumé, entouré de ses proches qu'il n'avait plus vu depuis plusieurs années.

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

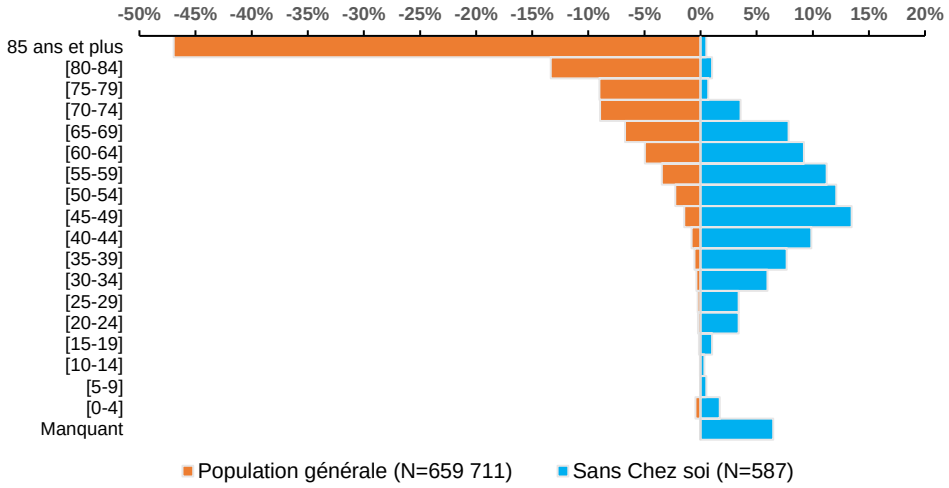


Figure 6 - *Pyramide des âges au décès entre population générale et personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2020*

L'analyse du pays d'origine met en évidence, là encore, de fortes disparités. Ainsi 43% des SCS sont nés à l'étranger contre seulement 12% des personnes décédées dans la population générale.

Contrairement à ce qui est observé habituellement, les décès en 2020 en population générale ont été plus fréquents au cours du printemps et de l'automne. Cette tendance est également retrouvée pour les décès recensés par le CMDR. Ce constat, en population générale, est lié à la surmortalité associée à la Covid-19. Pour les SCS, en l'absence de données consolidées et au regard de la faible exhaustivité de la surveillance du CMDR, il est difficile d'interpréter cette situation (cf. Partie Épidémie de SARS-CoV-2),

75% des décès recensés par le CMDR sont survenus dans 4 régions : Ile de France (45%), Hauts de France (11%), Occitanie (11%) et Provence Alpes Côte d'Azur (7%). En population générale, cette distribution est plus étendue avec seulement 14% des décès survenus en Ile de France, 26% en Auvergne Rhône Alpes, 9% en Occitanie, 9% en Hauts de France, 9% en Grand Est, 8% en Provence Alpes Côte d'Azur et 5% en Pays de la Loire.

En population générale, d'après les dernières données disponibles (INSEE, 2016), 26% des décès sont survenus au domicile de la personne, 59,2% en établissement de santé et 13,5% en maison de retraite. Seulement, 1,3% des décès ont lieu sur la voie ou un lieu public. Pour les personnes SCS en 2020, 15% sont survenus dans une structure d'hébergement, 38% dans une structure de soins, 36% sur la voie publique, 10% dans un abri de fortune, 0,2% en détention.

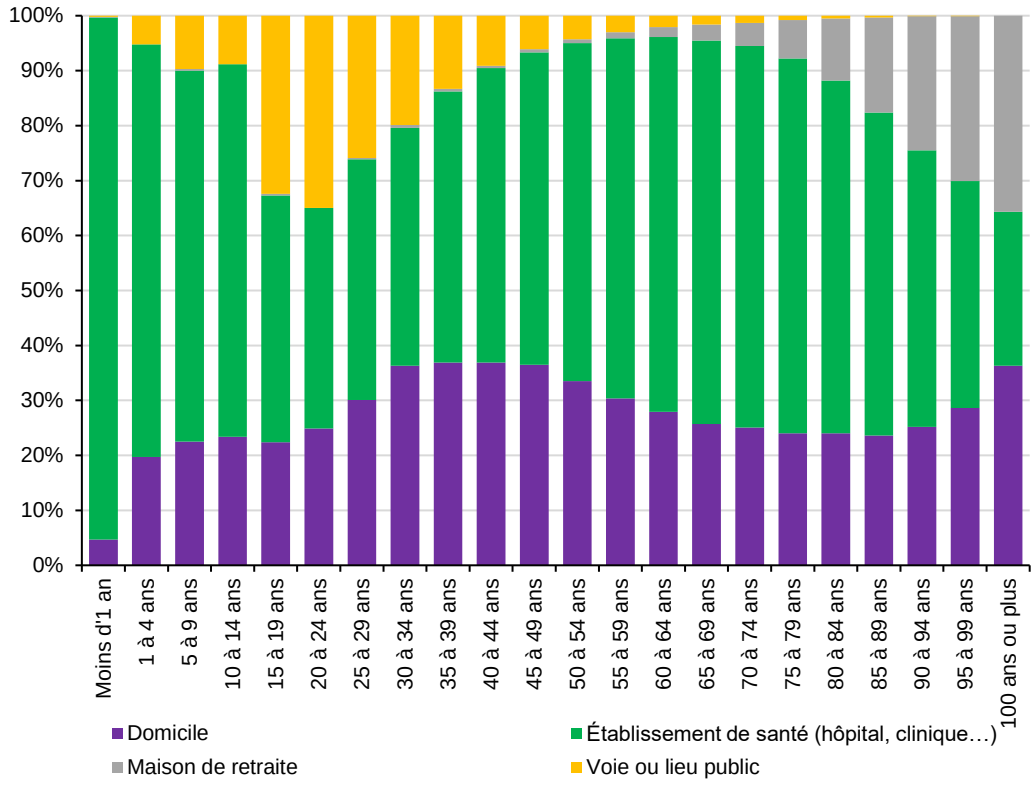


Figure 7 - *Décès selon l'âge du décédé et le lieu du décès en 2016, population générale, France*

Lorsque l'âge est pris en compte (Figure 7), en population générale, la majorité des décès de 2016 était survenue dans des établissements de santé. Les décès sur la voie publique étaient plus fréquents pour les 15 à 24 ans et diminuaient progressivement avec l'avancée en âge.

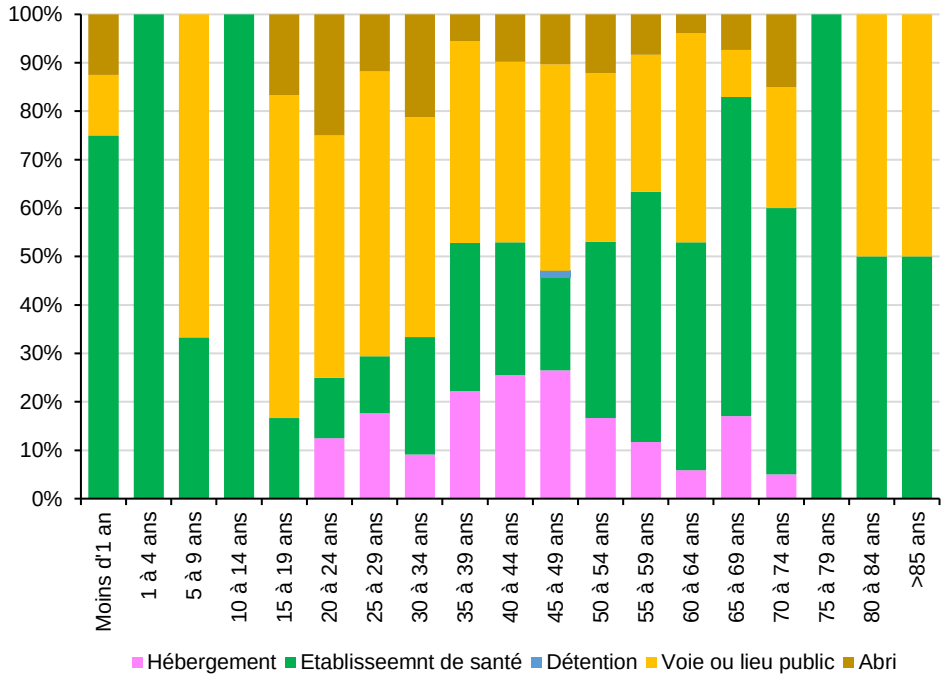


Figure 8 - *Décès selon l'âge du décédé et le lieu du décès en 2020, Sans chez soi, France*

Pour les SCS en 2020 (Figure 8), il est observé l'importance des décès sur la voie publique qui concernent toutes les tranches d'âges y compris les moins d'un an. Une minorité des personnes sont

décédées dans des structures d'hébergement. Il n'est pas observé de diminution de cette proportion avec l'âge, après 24 ans, comme c'est le cas en population générale, près de 50% des décès survenant encore sur la voie publique chez les plus de 80 ans.

Si en en population générale, la répartition des lieux de décès selon l'âge est fortement liée à leurs causes (entre 15 et 34 ans, 50% des décès sont liés à des causes externes, Figure 9), cela n'est pas constaté pour les personnes SCS. 60% des décès par causes externes concernent effectivement les 15-34 ans mais elles représentent toujours plus de 10% des causes chez les 35 ans et plus (Figure 10).

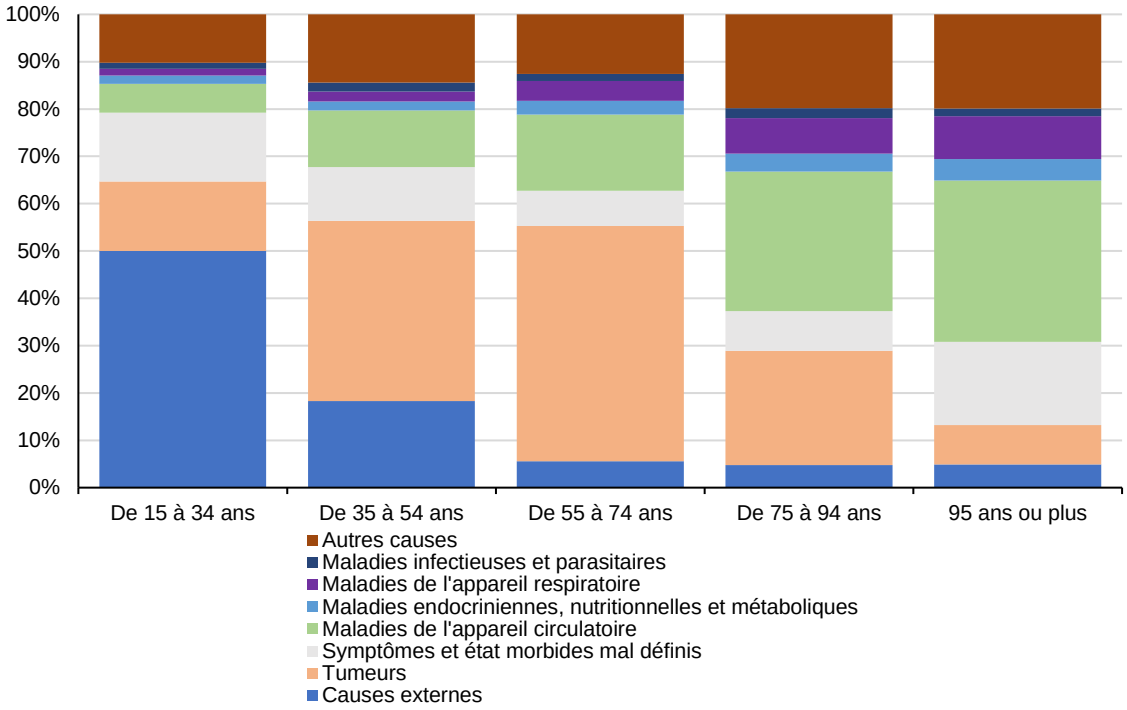


Figure 9 - *Causes de décès selon l'âge en 2014, Population générale*

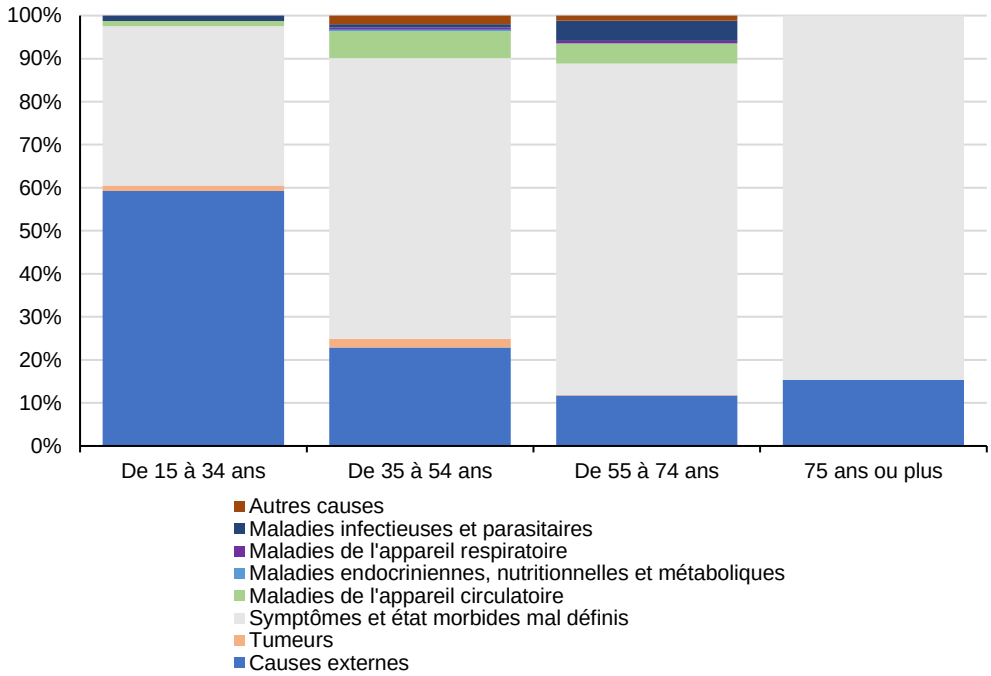


Figure 10 - *Causes de décès selon l'âge en 2020, Personnes sans chez soi*

Épidémie de SARS-CoV-2

En France, les premiers cas d'infection au SARS-CoV-2 ont été déclarés le 24 janvier 2020 bien que le virus semble avoir déjà circulé depuis l'automne 2019 (25). Plusieurs foyers de contagion sont ensuite apparus notamment dans l'Oise, en Haute-Savoie, dans le Haut-Rhin. Le 5 mars 2020 (26), toutes les régions de France métropolitaine comptabilisent des cas. Pour faire face à l'augmentation exponentielle de l'épidémie, des confinements ont été mis en œuvre. Le premier s'est déroulé du 17 mars (Semaine 12) au 10 mai (Semaine 19). Le second s'est étendu du 30 octobre (Semaine 44) au 15 décembre (Semaine 51) 2020.

L'INSEE a rapidement fait le constat d'une surmortalité toutes causes confondues dans la population française, notamment sur la période du 1er mars 2020 au 30 avril 2020 (27)(28) et à l'automne (de septembre à décembre). Sur l'ensemble de l'année 2020, elle a identifié près de 669 000 décès, soit une hausse historique de la mortalité de 9% par rapport à l'année 2019 (29). Ces constatations sont représentées sur la Figure 11 où sont facilement identifiables ces 2 vagues parmi la population française.

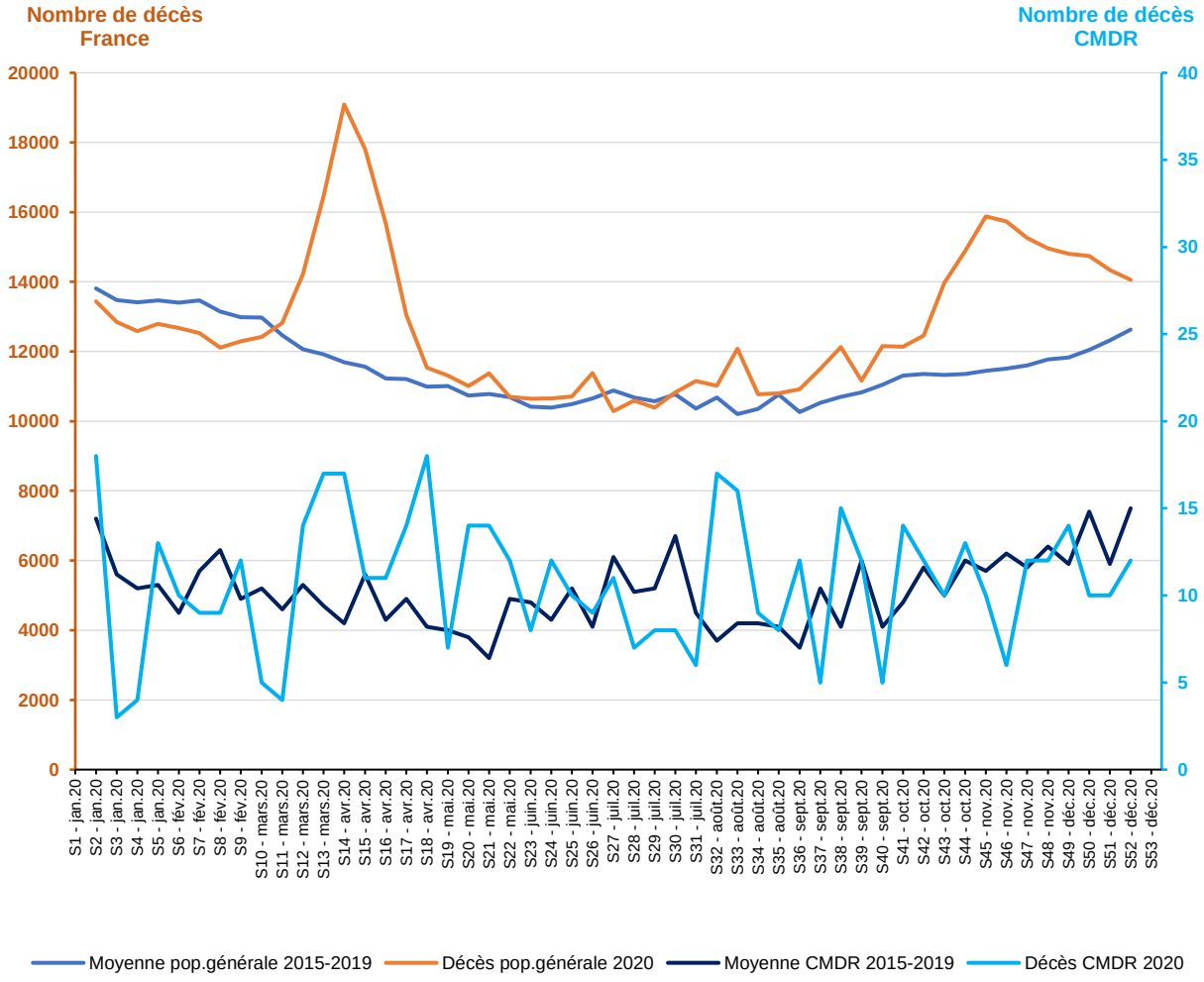


Figure 11 - *Décès hebdomadaires en 2020 comparés à la moyenne de la période 2015-2019 pour la population générale et pour les décès recensés par le CMDR*

La surveillance de la mortalité réalisée par le CMDR a recensé, quant à elle, 587 décès de personnes sans chez soi en 2020 contre 596 en 2019 (-1,5%). Mais ces données ne sont pas exhaustives. En comparant la moyenne quotidienne des décès entre 2015 et 2019 par rapport à celle de 2020 (Figure 11), il est constaté la grande variabilité des cas recensés. Il n'est pas retrouvé les pics observés en population générale de mi-mars 2020 à mai 2020 et de fin octobre à la fin.

Wladislaw, 36 ans, né en Bulgarie.

Arrivé en France en 2017, Wladislaw vivait à la rue avant d'être pris en charge durant 3 ans dans une structure d'hébergement. Là, il a pu se stabiliser et bénéficier d'une aide médico-sociale. Il a ainsi débuté un accompagnement au sevrage. Un suivi pour sa maladie chronique s'est organisé avec l'hôpital malgré sa crainte du milieu médical. Wladislaw suivait des cours de français. Sans activité professionnelle, il travaillait à un projet d'insertion. Malheureusement, son état de santé s'est dégradé et il est décédé au cours d'une hospitalisation. Wladislaw a pu être rapatrié et inhumé dans son pays d'origine. Il avait deux enfants.

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

Cependant, il apparaît, malgré tout, 4 petits pics (de mi-mars à début avril ; fin avril ; mai ; début août) où le nombre de décès quotidiens est plus important que la moyenne de 2015-2019.

Ceci apparaît cohérent avec les différences rapportées précédemment (Figure 4) où le nombre de cas recensés au cours du printemps était supérieur au maximum observé sur la période 2012-2019.

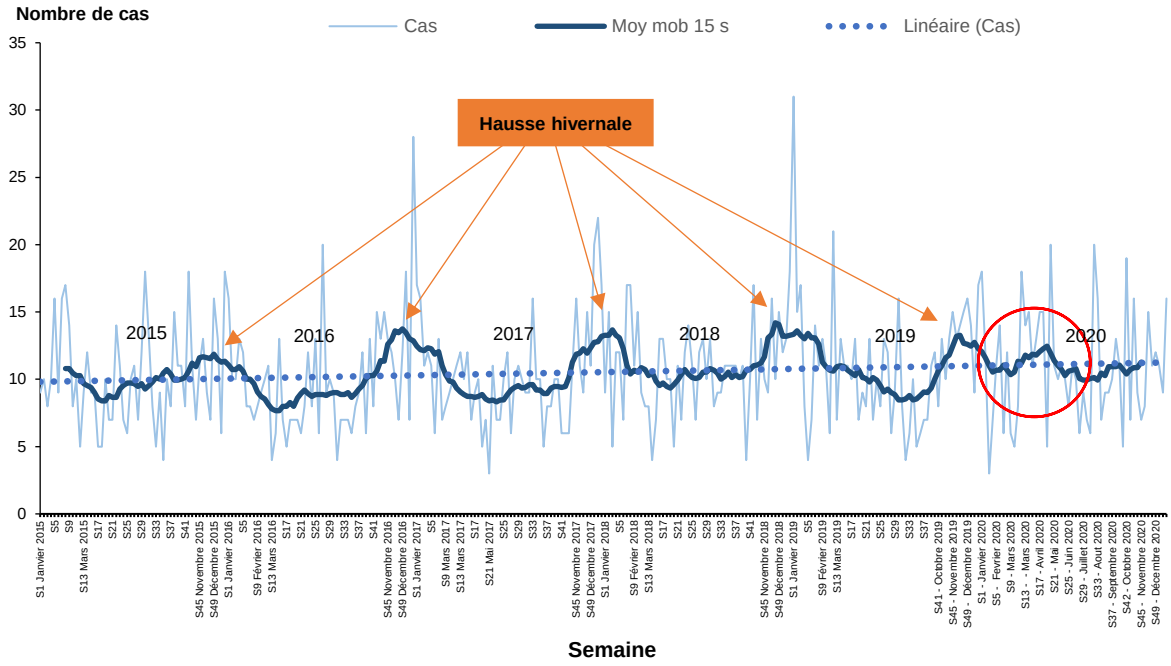


Figure 12 – *Distribution des décès de personnes sans chez soi recensés par le CMDR depuis 2012*

La Figure 12 reprend l'ensemble des cas de la période 2015-2020 recensés par le CMDR depuis 2015. Cette représentation contient également la moyenne mobile sur 15 semaines des cas recensés chaque année par le CMDR. Elle décrit les hausses observées au cours des périodes hivernales qui précédent des baisses, généralement au printemps, avant de ré-augmenter au cours des périodes estivales. Il est constaté que cette diminution secondaire à la période hivernale s'interrompt précocement en 2020 (cercle rouge) et ré-augmente sur une période habituellement plus basse.

En explorant plus en détail cette période de l'année 2020 (Figure 13), il est constaté que le nombre de décès commence à ré-augmenter dès la semaine S10, tôt par rapport aux années précédentes. Cette hausse correspond à la période qui précède le 1er confinement (début en S12). L'augmentation du nombre des décès en 2020 se poursuit jusqu'en semaine 19 avant d'observer une décroissance jusqu'en semaine S22. Au cours de l'intervalle de temps représenté sur la figure par les 2 traits verticaux (S14 à S22), le nombre de décès recensés en 2020 est supérieur aux valeurs observées entre 2015 et 2019.

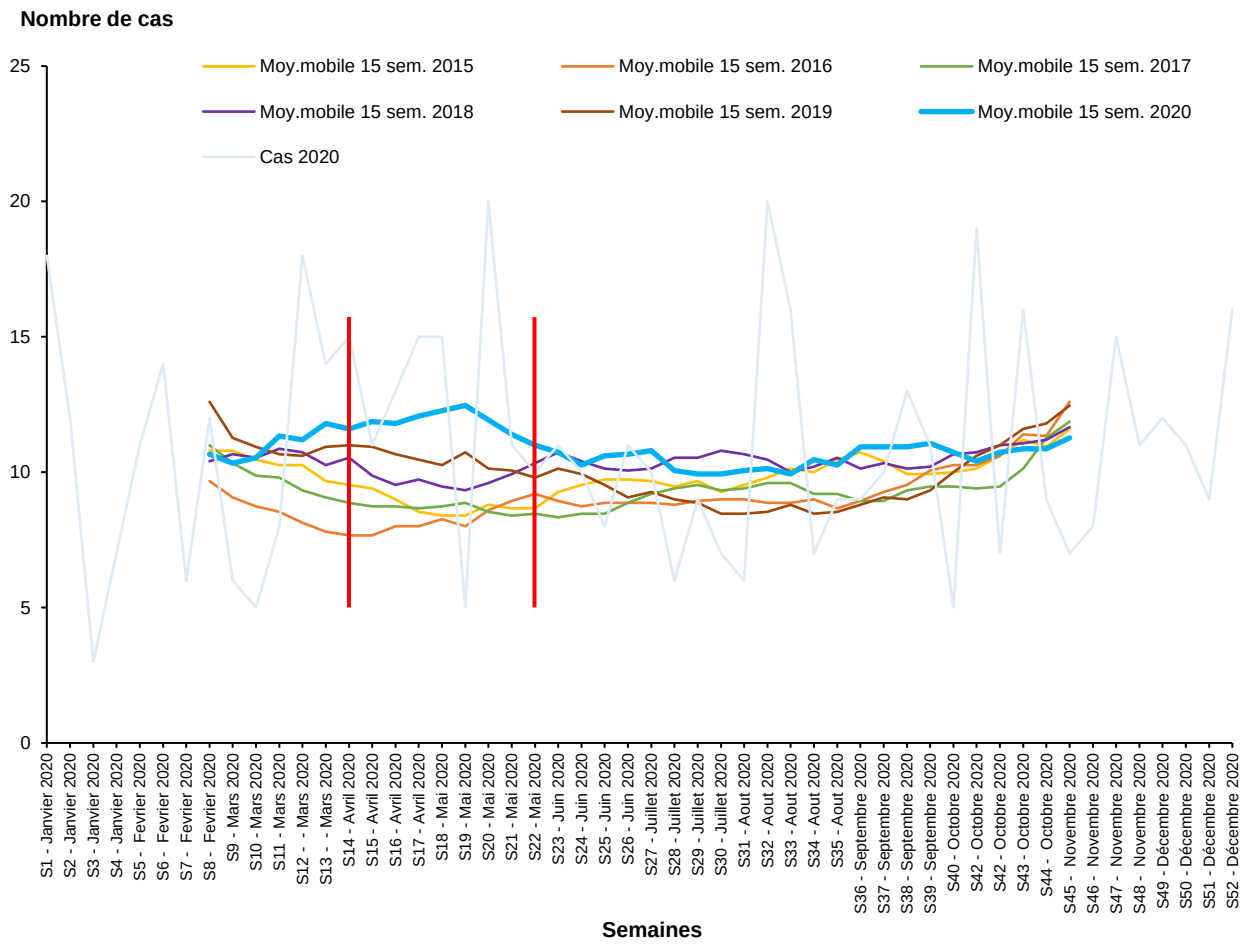


Figure 13 - *Distribution du nombre de décès hebdomadaires en 2020 et projection moyenne 2015-2019*

Entre les semaines 14 et 22, il est ainsi constaté une hausse des décès d'au moins 20% par rapport à 2019 (Tableau 12). Cette hausse, non significative, concerne principalement les personnes nées à l'étranger (+49%).

La région Ile de France est la principale région concernée par les décès survenus au cours de cette période, il y est observé 36% de décès supplémentaires. Là encore, ceux-ci touchent dans presque 3 cas sur 4 des personnes nées à l'étranger. La région Grand Est, 2ème région la plus touchée par la propagation du SARS-CoV-2 en France à cette période, est également concernée par une hausse des décès recensés par le CMDR (+50%). Pour autant, c'est la région Occitanie qui enregistre l'augmentation la plus importante (+140%).

Une augmentation des décès, toutes classes d'âge confondues, est observée. Elle est légèrement plus forte parmi les plus de 65 ans (24%).

Pour les personnes nées à l'étranger, la hausse des décès (+49%) est plus marquée chez les femmes (+133%) que chez les hommes (+42%), alors que parmi les personnes nées en France, la hausse (+2%) est essentiellement le fait d'une mortalité plus importante parmi les hommes (+7%).

Tableau 12 - *Évolution du nombre de décès recensés par le CMDR entre les semaines S14 et S22 pour les années 2019 et 2020 selon le pays de naissance, l'âge et le sexe*

Caractéristiques principales	2019 n	2020 n	Evolution %
National			
Nombre de décès	95	115	21%
Personne née à l'étranger	39	58	49%
Personne née en France	51	52	2%
Région IDF			
Nombre de décès en IDF	44	60	36%
Personne née à l'étranger	24	41	71%
Personne née en France	17	17	0%
Département Seine Saint-Denis			
Nombre de décès en Seine Saint-Denis	1	8	700%
Personne née à l'étranger	0	5	-
Personne née en France	0	2	-
Région Grand Est			
Nombre de décès en Grand-Est	6	9	50%
Personne née à l'étranger	3	3	0%
Personne née en France	3	6	100%
Age			
65 ans et plus	17	21	24%
Moins de 65 ans	78	94	21%
Né à l'étranger chez les 65 ans et plus	30	48	60%
Né en France chez les 65 ans et plus	6	8	33%
Né à l'étranger chez les moins de 65 ans	9	10	11%
Né en France chez les moins de 65 ans	45	44	-2%
Sexe			
Homme	85	102	20%
Femme	9	12	33%
Homme né à l'étranger	36	51	42%
Homme né en France	45	48	7%
Femme née à l'étranger	3	7	133%
Femme née en France	6	4	-33%

Au cours de la période comprise entre les semaines 14 et 22, une baisse du nombre des décès sur la voie publique (24% des décès en 2020 contre 35% en 2019) ou en abri (6% contre 14%) est constatée. Elle s'accompagne d'une hausse du nombre des décès dans les lieux d'hébergement (25% en 2020 contre 3% en 2019) et dans les lieux de soins (30% contre 20%).

Parmi les décès recensés par le CMDR en 2020, il a été fait mention pour 18 d'entre eux d'une infection à la Covid-19 (information déclarative, sans confirmation diagnostique par test PCR, test antigénique ou IRM).

Un décès est survenu au cours de la semaine 8 (avant-dernière semaine de février 2020), 14 durant le 1er confinement, un au cours de la semaine 27 (début juillet) et deux pendant le second confinement.

La majorité de ces décès (n=14) est survenue en Ile de France, en structure de soins ou en LAM (n=10) mais également dans la rue (n=2), en squat (n=1) ou dans l'eau par noyade (n=1). 3 autres régions ont été concernées : Pays de la Loire (décès au domicile de la personne), Grand Est (décès à l'hôpital), France (décès à l'hôpital).

Ces décès ont concerné 15 hommes et 3 femmes, âgés en moyenne de 59 ans avec une médiane à 62 ans. Il s'agissait de 12 personnes nées à l'étranger et de 6 personnes nées en France. La plupart étaient en situation d'hébergement au cours de leurs trois derniers mois de vie.

Au-delà de l'existence de troubles d'ordre psychologique (28% parmi les 18 cas) et de problèmes avec l'alcool (22%), 17% présentaient un diabète, 11% ont un problème cardiaque ou respiratoire.

Les adultes sans chez soi

Tableau 13 - *Comparaison selon le sexe des personnes sans chez soi de 18 ans et plus, CMDR 2020*

Variables	Homme SCS N=514		Femme SCS N=49		Valeur p
	n	(%)	n	(%)	
Age					0,74
Age moyen [IC95%]	50 ♀	[49-51]	49 †	[45-53]	
Rang [min-max]	[18-89]		[18-73]		
Classes d'âge					**0,04***
[0-30[	40	(8)	2	(4)	
[30-45[	118	(23)	20	(41)	
[45-65[	253	(49)	17	(35)	
≥ 65	71	(14)	9	(18)	
Manquant	32	(6)	1	(2)	
Pays de naissance					0,64
France	232	(45)	22	(45)	
UE	89	(17)	6	(12)	
Hors UE	128	(25)	16	(33)	
Manquant	65	(13)	5	(10)	
Statut					**<0,01**
Seul	162	(31)	9	(18)	
En couple	212	(4)	9	(18)	
En couple avec enfant	10	(2)	5	(10)	
En famille (fratrie)	2	(<1)	-	-	
En famille (Grand-parent)	-	-	1	(2)	
Manquant	319	(62)	25	(51)	
Classification sans chez soi du CMDR					0,18
situation de rue	157	(31)	17	(35)	
hébergé.e	154	(30)	19	(39)	
probablement sans chez soi	203	(39)	13	(26)	
Temps d'errance					0,38
< 6 mois	8	(2)	1	(2)	
[6 mois - 12 mois[	10	(2)	1	(2)	
[1 an - 5 ans[	68	(13)	7	(14)	
[5 ans - 10 ans [	56	(11)	10	(20)	
≥ 10 ans	129	(25)	11	(22)	
Manquant	243	(47)	19	(39)	
Suivi social					0,85
Pas d'information disponible	333	(65)	31	(63)	
Aucun suivi	9	(2)	1	(2)	
Existence d'un suivi	172	(33)	17	(35)	
Région de décès					0,88
Ile de France	283	(55)	28	(57)	
Autres régions	231	(45)	21	(43)	
Lieu de décès					0,41
Hébergement/logement	70	(14)	8	(16)	
Abri	48	(9)	5	(10)	
Voie/espace public	182	(35)	11	(22)	
Lieu de soins	156	(30)	20	(41)	
Détention	1	(<1)	-	-	
Manquant	57	(11)	5	(10)	

♀ 46 données manquantes. † 3 données manquantes.
** valeur p significative pour p<0,05*

En 2020, le CMDR a recensé le décès de 514 hommes et 49 femmes, pour 5 personnes le genre n'a pu être précisé. Dans les analyses suivantes, les cas dont le genre n'est pas connu (n=5) ont été exclus.

Si l'âge moyen au décès s'établit à 50 ans (IC95% :[49-51]) pour les hommes et à 49 ans (IC95% :[45-53]) pour les femmes, sans différence significative, la distribution par classe d'âge met en évidence une plus forte proportion de femmes dans la tranche [30-45 ans[que chez les hommes. Ces derniers sont plus nombreux dans la catégorie [45-65 ans[(Tableau 13).

Comme pour l'ensemble des personnes SCS, chez les adultes, il est retrouvé une plus forte proportion de personnes nées en France, quel que soit le sexe (45%), puis de personnes nées hors de l'UE (25% des hommes, 33% des femmes) et de personnes nées en UE (17% des hommes, 12% des femmes).

Il n'apparaît pas de différence entre la classe d'âge au moment du décès et le pays d'origine chez les femmes. En revanche chez les hommes, ceux nés en France et en UE sont plus nombreux dans la tranche [45-65 ans[(respectivement 61% et 60%) alors que ceux nés hors UE ont une distribution de l'âge plus homogène : 34% parmi les [45-65 ans[, 27% parmi les [30-45 ans[, 23% parmi les 65 ans et plus, et 14% chez les moins de 30 ans.

Il y a donc une proportion plus élevée d'hommes nés hors de l'UE qui décèdent à des âges plus jeunes [18-45 ans[que parmi ceux nés en France et en UE.

La description des statuts « familiaux » met en évidence des différences entre hommes et femmes. Même si les données manquantes représentent plus de la moitié des cas, les hommes étaient principalement seuls (31%) alors que les femmes étaient soit seules (18%), soit en couple (18%), soit en couple avec un enfant (10%).

La situation vis à vis du logement au cours des 3 derniers mois de vie (Classification CMDR), le suivi social, le temps d'errance et le lieu et la région de décès ne présentent pas de différence selon le sexe. Les valeurs retrouvées sont similaires à celles obtenues pour les SCS dans leur globalité.

Le Tableau 14 décrit les principales pathologies et antécédents recueillis par l'équipe D&D auprès des adultes sans chez soi décédés en 2020 et pour lesquels une information de santé était existante. Les proportions ont été calculées sur la base du nombre de personnes pour lesquelles une information de santé était connue.

Bien que très incomplet (seulement la moitié des cas avec une information de santé), hommes et femmes présentent des comportements à risque fréquents : 54% de consommation d'alcool chez les hommes et 37% chez les femmes, 30% d'usagers de substances psychoactives chez les hommes, 37% chez les femmes.

Dans 1 cas sur 4, des troubles psychologiques sont présents quel que soit le sexe.

11% des femmes présentaient une infection au VIH/SIDA contre 1% chez les hommes. 26% des femmes présentaient une maladie non définie contre 10% chez les hommes.

A noter, 11% des femmes décédées étaient atteintes de la Covid-19 pour 4% chez les hommes.

Vladimir, 69 ans, né en Macédoine.

Arrivé en France où il avait un logement avec sa compagne. Vladimir avait un travail qui le menait à parcourir le monde. A la suite du décès de sa femme, il déménage et ses affaires brûlent dans un incendie. Perdu, meurti et déboussolé, il se retrouve à la rue pendant plusieurs années. Il alterne alors les périodes d'hébergement et de rue. Après une dizaine d'année d'errance et une santé qui commence à se dégrader, il est hospitalisé pour une infection respiratoire. Il y décède brutalement.

D'une grande qualité d'écoute, Vladimir était toujours prêt à aider et à défendre les personnes de la rue. Il participait à différentes actions en lien avec les acteurs associatifs. Il luttait pour l'autonomie des sans abris. Il s'élevait contre une assistance qu'il jugeait souvent « infantilisante ».

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

Tableau 14 - *Principales pathologies et principaux antécédents parmi les adultes sans chez soi ayant des données de santé, CMDR 2020*

Variables	Homme SCS N=514		Femme SCS N=49	
	n	(%)	n	(%)
Prévalence des principales pathologies renseignées				
Informations de santé existantes	n=257	(50)	n=27	(55)
Consommation d'alcool - F10	*140*	*(54)*	*10*	*(37)*
Usage de substances psycho-actives multiples - F19	*76*	*(30)*	*10*	*(37)*
Consommation de tabac - F17	*73*	*(28)*	*8*	*(30)*
Troubles psychologiques SAI - F99	*64*	*(25)*	*7*	*(26)*
Alétration Etat général - R53	*38*	*(15)*	*3*	*(11)*
Maladie SAI - R69	*26*	*(10)*	*7*	*(26)*
Cardiopathie SAI - I51	*16*	*(6)*	-	-
Tumeur SAI - C80	*13*	*(5)*	-	-
Epilepsie SAI - G40	*13*	*(5)*	-	-
Covid19 - U07	*10*	*(4)*	*3*	*(11)*
Mobilité restreinte - Z74	*10*	*(4)*	-	-
Troubles respiratoire SAI - J98	*9*	*(4)*	-	-
Maladie du Foie SAI - K76	*9*	*(4)*	-	-
Diabète SAI - E14	*7*	*(3)*	*2*	*(7)*
Usage de cocaïne - F14	*7*	*(3)*	-	-
Usage d'opiacés - F11	*5*	*(2)*	-	-
Refus de soins - Z53	*6*	*(2)*	-	-
VIH/SIDA - B24	*3*	*(1)*	*3*	*(11)*
Prévalence des principaux antécédants renseignés				
Informations sur antécédants existantes	n=39	(8)	n=4	(8)
Sevrage drogue - Z50.3	*10*	*(26)*	-	-
Sevrage alcool - Z50.2	*6*	*(15)*	-	-
Séquelles maladie cardio-vasculaires - I69	*3*	*(8)*	-	-
Antécédent dépressif - F32	*2*	*(5)*	-	-
Antécédent embolie pulmoniaire - I26	*2*	*(5)*	-	-
Séquelles d'AVC - I64	*2*	*(5)*	-	-
Besoin d'assistance et de soins - Z74.1	*2*	*(5)*	-	-
Absence acquise d'un organe - Z90.8	*2*	*(5)*	-	-
Amputation d'un membre - T05	*1*	*(3)*	*1*	*(25)*
Séquelles de chirurgie - Y83	*1*	*(3)*	*1*	*(25)*
Dépendance envers un fauteuil roulant - Z99.3	-	-	*2*	*(50)*
Affection des dents - K08	-	-	*1*	*(25)*

L'analyse des causes de décès selon le sexe ne montre pas de différence (64% de causes mal définies, 34% de causes externes, 12% de maladie). Les décès sont plus souvent décris comme dus à des causes externes lorsqu'ils surviennent en province et plus souvent liés à une maladie lorsqu'ils surviennent en Ile de France, ce quel que soit le sexe.

Comme cela est retrouvé pour l'ensemble des SCS, les causes de décès sont variables en fonction de l'âge mais il n'est pas retrouvé de différence particulière entre homme et femme. De même, les résultats sont similaires lorsque le pays d'origine est pris en compte.

Situation de rue et hébergement

La comparaison des situations d'hébergement au cours des trois derniers mois de vie des personnes décédées et recensées par le CMDR (Tableau 14) met en évidence des différences à considérer avec prudence pour deux raisons. Il existe une proportion non négligeable de personnes pour lesquelles la situation n'a pu être précisée (227 « probablement sans chez soi » sur les 587 « sans chez soi » recensées, cf. Tableau 2), cet effectif est exclu de la présente analyse. De plus, la proportion de données manquantes n'est pas négligeable pour certaines variables comme « statut » et « temps d'errance » notamment.

Tableau 15 - *Comparaison des personnes sans chez soi décédées en situation de rue ou d'hébergement en 2020 et recensées par le CMDR, France*

Variables	Situation de rue N=177		Hébergé N=183		Valeur p
	n	(%)	n	(%)	
Sexe					0,742
Masculin	158	(89)	160	(87)	
Féminin	19	(11)	22	(12)	
Manquant	-	-	1	(<1)	
Age					0,072
Age moyen [IC95%]	48 ♀	[45-50]	51 †	[48-53]	
Rang [min-max]	[0-89]		[0-81]		
Classes d'âge					**0,041***
[0-30[	18	(10)	18	(10)	
[30-45[	46	(26)	35	(19)	
[45-65[	90	(51)	86	(47)	
≥ 65	19	(11)	41	(22)	
Manquant	4	(2)	3	(2)	
Pays de naissance					**<0,001***
France	96	(54)	77	(42)	
UE	36	(20)	32	(17)	
Hors UE	29	(16)	69	(38)	
Manquant	16	(9)	5	(3)	
Statut					0,146
Seul	83	(47)	79	(43)	
En couple	12	(7)	13	(7)	
En couple avec enfant	3	(2)	10	(5)	
Mineur en famille	3	(2)	9	(5)	
En famille (fratrie)	1	(1)	-	-	
En famille (Grand-parent)	-	-	1	(1)	
Manquant	75	(42)	71	(39)	
Région de décès					**0,002***
Ile de France	73	(41)	105	(57)	
Autres régions	104	(59)	78	(43)	
Saison de décès					**0,01***
Hiver	38	(21)	34	(19)	
Printemps	48	(27)	68	(37)	
Eté	33	(19)	46	(25)	
Hiver	44	(25)	32	(17)	
Manquant	7	(4)	1	(1)	
Causes de décès					0,662
Causes de décès mal définies et inconues (R00-R99)	108	(61)	114	(62)	
Causes externes (V01-Y98)	41	(23)	31	(17)	
Maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99)	11	(6)	12	(7)	
Tumeurs (C00-D48)	9	(5)	14	(8)	
Troubles mentaux et comportements (F00-F99)	-	-	1	(1)	
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)	2	(1)	2	(1)	
Autres causes	6	(3)	9	(5)	
Temps d'errance					**0,010***
< 6 mois	6	(3)	5	(3)	
[6 mois - 12 mois[	1	(1)	9	(5)	
[1 an - 5 ans[	37	(21)	35	(19)	
[5 ans - 10 ans [	26	(15)	30	(16)	
≥ 10 ans	56	(32)	74	(40)	
Manquant	51	(29)	30	(16)	

♀ 11 données manquantes, †3 données manquantes

* valeur p significative pour p<0,05

Entre personnes en situation de rue et hébergé.es, la proportion d'hommes et de femmes est similaire.

En revanche, la distribution par classe d'âge est différente (p<0 ,05). Parmi les [30-45 ans[et les [45-65 ans[, les personnes en situation de rue sont plus nombreuses que les personnes hébergé.es. Dans la tranche des plus de 65 ans, la distribution est inversée, avec un effectif plus élevé de personnes en situation d'hébergement au cours de leur 3 derniers mois de vie.

La répartition entre situation de rue et hébergement diffère selon le pays d'origine. La proportion de personnes nées en France ou en UE et en situation de rue est plus élevée que pour celles en situation d'hébergement. La situation est inverse pour les personnes nées hors de l'UE.

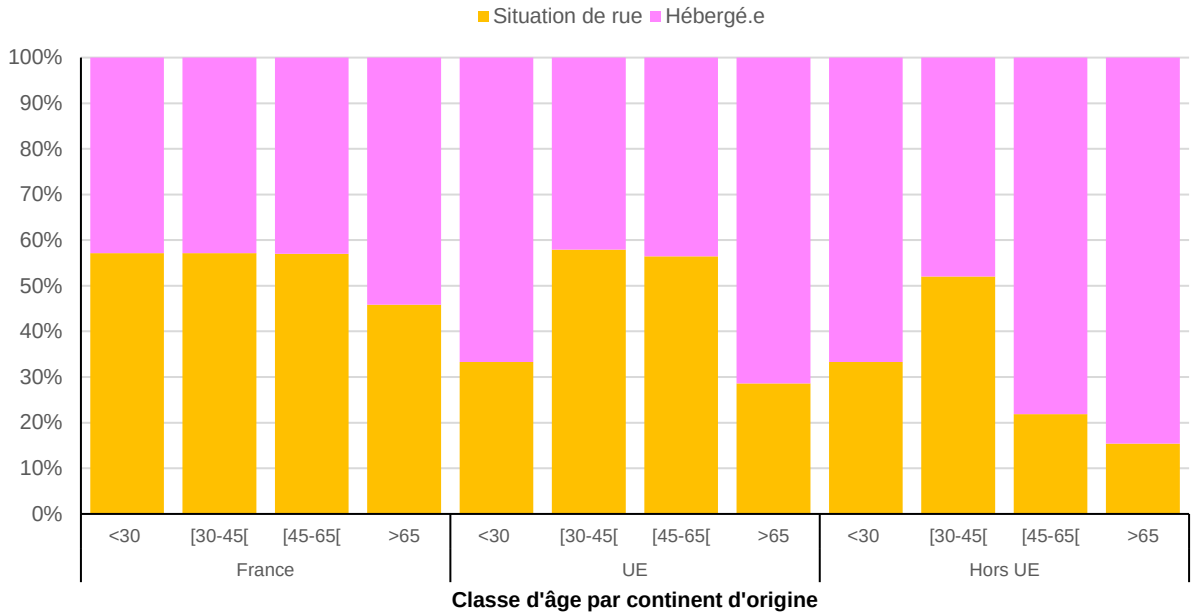


Figure 14 – *Proportion de décès selon l'âge et la situation entre rue et hébergé.e, selon le pays d'origine, CMDR 2020*

Il est constaté (Figure 14) pour les personnes nées en France, qu'elles sont principalement décédées en situation de rue sauf pour les plus de 65 ans. Pour les personnes nées en UE, seuls les [30-65 ans [sont majoritairement décédées en situation de rue et pour les personnes nées hors de l'UE, il s'agissait uniquement des [30-45 ans[.

Être une personne seule, en couple ou en famille, ne présente pas de lien avec le fait que la personne soit à la rue ou en hébergement.

La région de décès a un lien avec la situation vis à vis du logement au cours des 3 derniers mois de vie. La proportion de personnes décédées en Ile de France diffère selon leur situation. Elle est plus importante parmi celles en situation d'hébergement qu'en situation de rue. La situation est inverse en province où la proportion de décès de personnes en situation de rue est plus élevée.

Les décès semblaient également plus fréquents au cours des deux périodes hivernales de l'année 2020 pour les personnes en situation de rue. Il est observé en revanche pour les personnes hébergées, une proportion de décès plus élevée au printemps et au cours de l'été.

Les causes de décès ne sont pas différentes entre les deux groupes. Les résultats sont similaires à ceux obtenus précédemment (cf.Partie SCS 2020). De même, le temps d'errance ne présente pas de différence. La valeur retrouvée au cours du test statistique est liée à la distribution des données manquantes différentes entre les deux groupes.

Nicolas, 46 ans, né en France.

Nicolas avait eu plusieurs vies : marin, pêcheur, cuisinier, serveur. Il avait également fait un peu de détention. A la sortie de son dernier séjour en prison, il a pu accéder à un logement. Mais celui s'est avéré insalubre, il est alors hébergé par un ami. Cette solidarité n'est cependant jamais durable. Nicolas s'est ainsi retrouvé à la rue et s'est installé sous une tente. Pris en charge par différents acteurs sociaux, il a pu mettre à jour son dossier administratif. Refusant les solutions d'hébergement proposées, il a construit une demande de logement social qui a été validée. Nicolas est alors inscrit sur la liste d'attente pour un logement.

Malheureusement, Nicolas est découvert inanimé un matin dans sa tente. Une enquête est lancée.

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

Les 18-25 ans

Le CMDR a identifié 182 décès de personnes âgées entre 18 et 25 ans parmi l'ensemble des 5629 cas recensés sur la période 2012-2020, soit 3,23%. La Figure 15 met en évidence une tendance globale à la hausse des décès pour cette tranche d'âge.

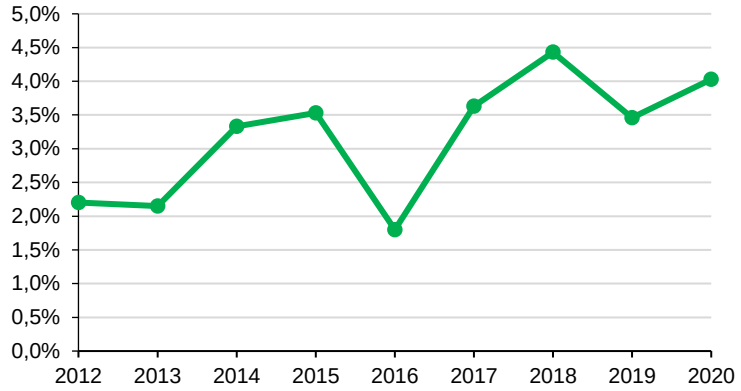


Figure 15 - *Évolution de la proportion des 18-25 ans parmi l'ensemble des décès recensés par le CMDR (Sans chez soi, Récemment sans chez soi et Ancien sans chez soi, N=5629, 2012-2020)*

L'âge moyen et la médiane au décès étaient de 22 ans. 25% étaient âgés de 20 ans ou moins et 25% de 24 ans ou plus (5% de données manquantes, valeur effective pour 172 individus).

Comme pour les personnes sans chez soi, la distribution de sexe est déséquilibrée parmi les 18-25 ans avec une surreprésentation des hommes (90%) par rapport aux femmes (10%), différence retrouvée chaque année.

En 2012, seuls des décès de jeunes nés en France avaient été recensés par le CMDR, mais depuis 2013, la proportion de décès de personnes nées à l'étranger est devenue supérieure. Sur l'ensemble de la période 2012-2020, 60% des décès des personnes âgées entre 18 et 25 ans ont concerné des jeunes nés à l'étranger, contre 34% de jeunes nés en France ($p<0,03$). Les principaux pays d'origine sont l'Afghanistan (12%), le Soudan (11%), la Roumanie (9%), l'Érythrée (6%), le Maroc (6%), l'Algérie (5% et la Pologne (5%) (Figure 16). Ce constat est différent des résultats obtenus pour la population, tous âges confondus, des personnes sans chez soi où la Pologne, l'Algérie, le Maroc, la Roumanie, la Bulgarie et la Tunisie constituaient les principaux pays d'origine.

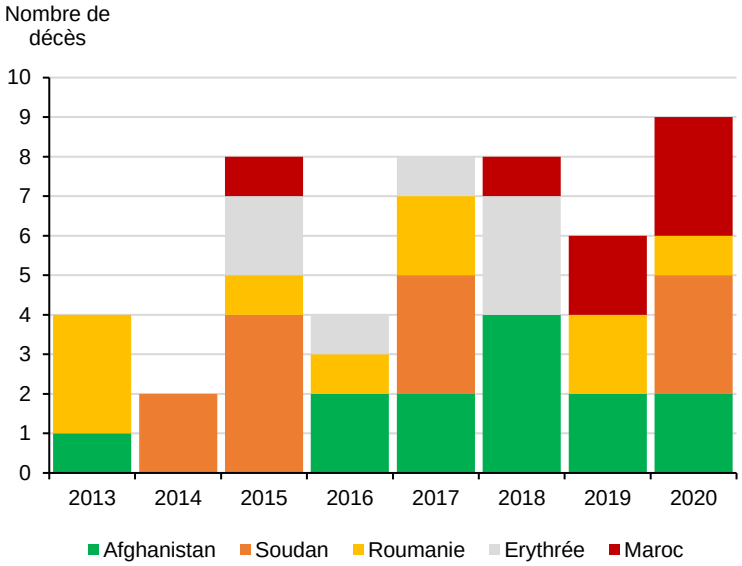


Figure 16 - *Évolution du nombre cumulé de décès annuels chez les 18-25 parmi les 5 principaux pays d'origine hors France, CMDR 2012-2020*

La majorité des 18-25 ans (49%) étaient en situation de rue sur la période 2012-2020, avec des variations importantes selon les années (environ 80% en 2014 et 2015, 17% en 2019). 12% étaient en situation d'hébergement et 37% ont été classés en probablement sans chez soi. 2% (n=3) jeunes étaient arrivés à la rue depuis moins de 6 semaines et 1 personne avait eu accès à un logement.

La très grande majorité des décès chez les 18-25 ans surviennent hors de l'Ile de France (79%) ce qui est différent de l'ensemble des sans chez soi (58%, 2012-2020). C'est dans les Hauts de France que la proportion de décès recensés est la plus élevée (26%). Il est toutefois observé que 30% des décès des 18-25 ans nés à l'étranger sont survenus en Ile de France contre seulement 3% pour ceux nés en France ($p<0,001$).

Les décès sont principalement survenus sur la voie publique (51%), dans des abris (cabane, cave, entrepôt, squat, tente...), dans des lieux de soins (19%) ou des structures d'hébergement (9%). Cependant, 61% des décès de personnes nées à l'étranger sont survenus sur la voie publique contre 34% pour celles nées en France.

Comme en population générale, les 18-25 ans recensés par le CMDR entre 2012-2020, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger, sont principalement décédés de causes externes (72%) à savoir : agression, suicide, accident de transport, intoxication, noyade. Toutefois, la proportion de personnes nées à l'étranger décédées de cause externe est plus élevée (81%) que celle des personnes nées en France (68%).

Pour seulement 49 personnes, des informations relatives à l'état de santé ont pu être recueillies au cours de l'enquête Dénombrer & Décrire (Tableau 16), soit 27% des 18-25 recensés par le CMDR.

Au-delà des consommations à risque de substances psychoactives, il est constaté le poids important des troubles psychologiques (F99, F33, F20, F32, F50, F69) pouvant témoigner de véritables souffrances et de la grande vulnérabilité de ces jeunes.

Leurs trajectoires sont marquées par des épreuves et ruptures nombreuses. L'équipe Dénombrer & Décrire a pu en identifier quelques-unes de manière purement qualitative :

rupture de contact avec les parents, deuil d'un frère, placement durant l'enfance, maltraitance, séparation des parents, expulsion de chez un tiers, expulsion du logement, sortie de détention, chômage, violences familiales …

Tableau 16 - *Pathologies identifiées parmi les personnes de 18 à 25 ans décédées et recensées par le CMDR entre 2012-2020 et pour lesquelles une information de santé était existante*

Pathologie	Effectif Homme (N=46)	Effectif Femme (N=3)	Effectif Total (N=49)	Proportion n/49 (%)
Consommation d'alcool - F10	17	0	17	35%
Usage de substances psycho-actives multiples - F19	15	2	17	35%
Troubles psychologiques SAI - F99	9	0	9	18%
Tabagisme - F17	8	0	8	16%
Usage d'opiacés - F11	5	0	5	10%
Troubles dépressifs récurrents - F33	5	0	5	10%
Usage de cannabis - F12	4	0	4	8%
Usage de sédatifs ou hypnotiques	4	0	4	8%
Epilepsie SAI - G40	3	0	3	6%
Usage de cocaïne - F14	2	0	2	4%
Alétration Etat général - R53	2	0	2	4%
Immunodéficience humaine Virale VIH/SIDA - B24	1	0	1	2%
Tumeurs SAI - D48	1	0	1	2%
Septicémie - A41	0	1	1	2%
Schizophrénie SAI - F20	1	0	1	2%
Episode dépressif - F32	1	0	1	2%
Troubles de l'alimentation - F50	1	0	1	2%
Troubles de la personnalité et du comportement - F69	1	0	1	2%
Hémiplégie SAI - G81	1	0	1	2%
Infarctus du myocarde à répétition - I22	1	0	1	2%
Cardiopathie SAI - I51	1	0	1	2%
Abcès du thorax - J85	0	1	1	2%
Anorexie - R63	1	0	1	2%
Maladie SAI - R69	1	0	1	2%
Lésion traumatique intracrânienne - S06	1	0	1	2%

Les mineurs

Le CMDR a identifié 115 mineurs décédés parmi les 5 629 décès de la période 2012-2020, soit 2%. La Figure 17 met en évidence une tendance progressivement à la hausse depuis 2016 (+1%).

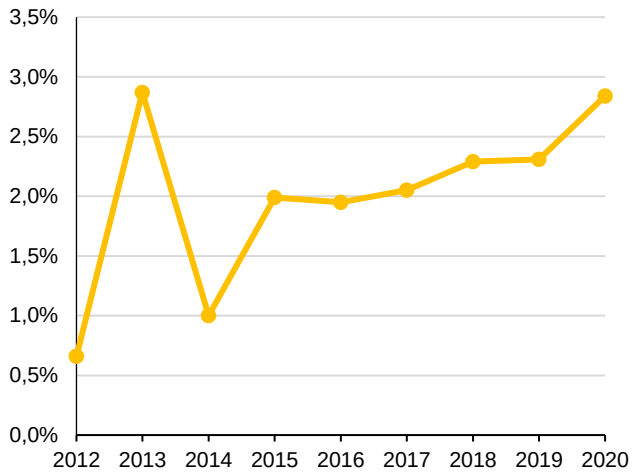


Figure 17 - *Évolution de la proportion des mineurs parmi l'ensemble des décès recensés par le CMDR (Sans chez soi, Récemment sans chez soi et Ancien sans chez soi, N=5 629, 2012-2020)*

L'âge moyen retrouvé parmi les moins de 18 ans pour l'ensemble des cas recensés entre 2012 et 2020 est de 6,9 ans (N=114, 1 donnée manquante) avec une médiane établie à 5 ans. La figure 18 présente la distribution des décès par classe d'âge et témoigne de l'importance des âges extrêmes. Les moins d'un an représentent la tranche d'âge la plus importante avec 36% des décès, suivis des plus de 15 ans (30%), des [5-10 ans[(16%), puis des [1-5 ans[(11%) et enfin des [10-15 ans[(7%).

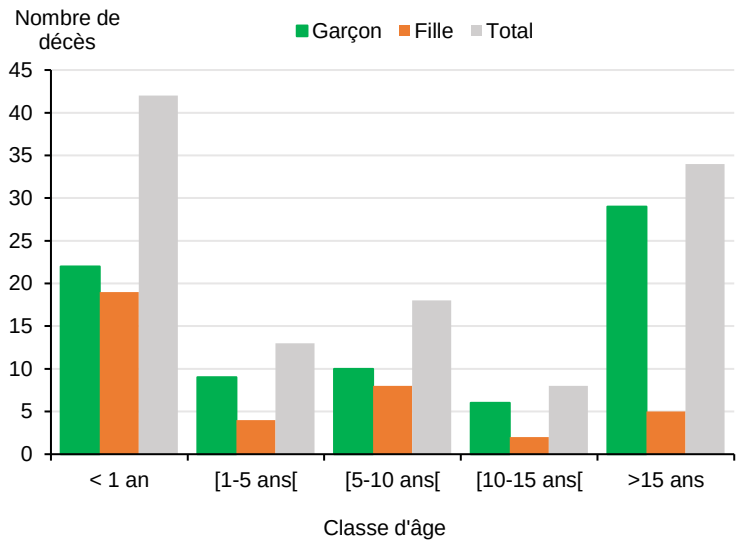


Figure 18 - *Distribution du nombre de mineurs par classe d'âge parmi les 115 cas recensés par le CMDR entre 2012 et 2020*

Comme par ailleurs, le CMDR a recensé plus de décès parmi les garçons (67% contre 33%). Toutefois le sex-ratio retrouvé chez les mineurs est de 2 garçon/fille contre 9,1 chez les 18-25 ans et 9,2 pour l'ensemble des personnes sans chez soi de 2020. La figure 18 met en évidence le nombre plus faible de décès recensés parmi les jeunes filles de plus de 15 ans par rapport aux garçons. Le sex-ratio par catégorie d'âge évolue progressivement avec la montée en âge.

Jérôme, 50 ans, né en France.

Jérôme était très attachant, volontaire, bien qu'assez isolé et marqué par ses années d'errance. Il avait grandi avec sa mère et un beau-père violent ayant des addictions. Jérôme avait aussi un frère avec lequel il avait perdu contact lorsqu'il quitta le domicile familial à sa majorité. Le voici alors face à la rue. Connu de plusieurs équipes de maraudes, il est orienté quelques fois dans les Lits Haltes Soins Santé. Il accède finalement à un centre d'hébergement après plus de 20 ans d'errance. Accompagné et poussé par un éducateur, il part sur une nouvelle dynamique. Il refait ses papiers, porte d'accès aux différents dispositifs de droits communs en France. Il bénéficie alors d'une couverture santé. Il s'inscrit dans un dispositif de reprise du travail pendant deux ans. Jérôme souhaite reprendre contact avec son frère et retrouver ses origines. Au sortir d'une épicerie, son cœur s'arrête. Malgré les efforts des pompiers, Jérôme décède.

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

De 1,2 chez les moins d'un an, il atteint 3 chez les [10-15 ans[puis 5,8 chez les plus de 15 ans, évoluant progressivement vers 9,2, valeur pour l'ensemble des personnes sans chez soi.

Dans 51% des cas recensés sur la période 2012 et 2020, les mineurs sont nés à l'étranger (41% de mineurs nés en France et 8% de mineurs pour lesquels le pays n'a pu être identifié). Principalement nés en Roumanie (25% des mineurs nés à l'étranger), en Guinée (10%), en Afghanistan, Côte d'Ivoire (8%) et Algérie (8%), la Figure 19 représente le nombre de décès chaque année pour ces principaux pays.

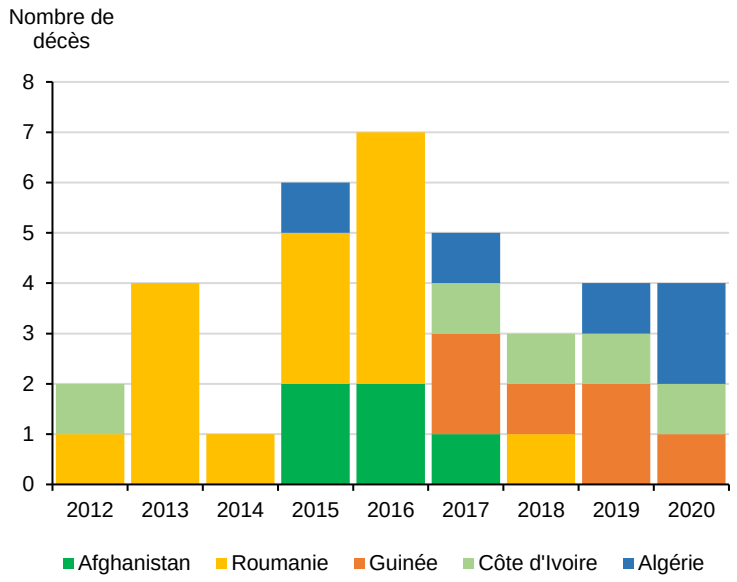


Figure 19 - *Évolution du nombre cumulé de décès annuels chez les mineurs, parmi les 5 principaux pays d'origine hors France, CMDR 2012-2020*

En revanche, parmi les 115 mineurs décédés, il s'avère que près de 76% sont nés de parents étrangers (24% de mineurs pour lesquels le pays de naissance des parents n'a pas été retrouvé et 1 cas dont les parents sont nés en France).

La majeure partie des mineurs était en famille (71%, n=82), 17% étaient isolés (n=20), 4% en couple (n=5) et dans 7% des cas (n=8), l'information est restée inconnue.

Ceux en famille étaient quasi exclusivement composés d'enfants de moins de 10 ans (88%) alors que parmi les mineurs isolés, tous étaient âgés de 10 ans ou plus (90% chez les 15 ans et plus, 10% chez les [10-15 ans[). Les mineurs en couple étaient uniquement des personnes de 15 ans ou plus.

Sur la période 2012-2020, 41% des mineurs étaient en situation de rue selon la classification du CMDR, 33% en hébergement, 25% probablement sans chez soi et 1% ancien sans chez soi. Cependant, des différences significatives existent selon les années. Ainsi entre 2013 et 2017, la majorité des mineurs étaient en situation de rue (de 54% en 2017 à 83% en 2014) alors qu'en 2019 (56%) et en 2020 (47%), la majorité des mineurs étaient classés comme hébergés.

L'Ile de France concentre un grand nombre des décès (47%) recensés par le CMDR entre 2012 et 2020, suivie de la région Hauts de France (30%). Cette distribution selon la région se rapproche des proportions retrouvées pour l'ensemble des personnes sans chez soi. Il est constaté en revanche, des différences significatives lorsque l'âge est pris en compte ($p<0,001$). Ainsi, les décès en Ile de France sont plus fréquents parmi les tranches d'âge les plus faibles (moins d'un an et [5-10 ans[) alors qu'ils sont plus fréquents en province (Hauts de France notamment) pour les plus âgés ([10-15 ans[et plus de 15 ans).

La plupart des décès chez les moins de 18 ans sont survenus à l'hôpital (39%) entre 2012 et 2020. Dans 29% des cas, ils sont survenus dans l'espace public et pour 18% dans un abri, un campement. Seulement 8% ont eu lieu dans une structure d'hébergement. Pour 6%, cette information n'était pas disponible. Il est constaté des différences significatives selon les années. Ainsi en 2012, 2014, 2015 et 2017, le lieu de décès principal était l'espace public (entre 38% et 67% selon l'année). Pour les années 2013, 2016, 2018, 2019 et 2020, c'est en revanche dans des lieux de soins que la majorité des décès sont survenus (de 31% en 2018 à 63% en 2020). Cette distribution des lieux de décès est également influencée par l'âge des mineurs. Parmi les enfants de moins d'1 an, 56% des décès sont survenus dans des lieux de soins alors que parmi les plus de 15 ans, 64% sont survenus dans l'espace public. Dans les tranches d'âge intermédiaires ([1-5 ans [et [5-10 ans [, la proportion de décès survenus dans des abris était plus importante.

Les principales causes de décès des mineurs sont les causes externes (48%) suivies des causes mal définies (38%) et maladies (14%) sur la période 2012-2020. Pour les causes mal définies, la proportion de décès parmi les moins de 1 an est largement supérieure à celle des autres catégories d'âge (71%) alors que parmi les causes externes de décès, la proportion de décès est de plus en plus importante avec l'élévation en âge (62% chez les [1-5 ans [, 75% chez les [10-15 ans [et près de 82% chez les 15 ans et plus). Quant aux décès liés à des maladies, les proportions chez les moins d'un an et les [1-5 ans [sont plus importantes que pour les autres classes d'âge.

Les principales causes externes recueillies sont des accidents de circulation (29%), des noyades (25%), des incendies (15%), des overdoses (7%), des suicides (7%), des agressions (5%).

Les caractéristiques des décès de mineurs varient énormément avec l'âge du décès (sex-ratio de 1,2 pour les moins d'un an et de 5,8 chez les plus de 15 ans) notamment chez les plus de 15 ans où elles se rapprochent de celles des jeunes adultes.

Stefan, 46 ans, né en Croatie.

Il était arrivé en France il y a 3 ans et vivait dans un squat avec d'autres personnes. D'une gentillesse à toute épreuve, Stefan ne voulait pas profiter « du système ». Il préférait récupérer quelques pièces devant les commerces et parfois, il y jouait de la guitare. Toujours d'humeur joyeuse, il était connu des équipes de maraudes qui venaient à sa rencontre. Stefan est mort dans son squat.

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

Les Anciens sans chez soi

Après avoir connu un parcours d'errance allant de plusieurs mois à plus de 10 ans pour certaines, 81 personnes ont pu avoir accès à un logement mais sont malheureusement décédées en 2020. Le recensement de cette population est très loin d'être exhaustif, plus encore que pour les personnes sans chez soi, car une fois ayant accédé à un logement, ces personnes ne sont plus toutes suivies par les différents acteurs de l'AHI. Par conséquent, le CMDR ne reçoit qu'un très faible nombre de signalements. Les éléments suivants sont donc succincts.

L'âge au décès est connu pour 79 personnes. Il est en moyenne de 58 ans (IC95% :[55-61]), soit plus élevé que l'âge au décès des personnes sans chez soi (48 ans).

87% étaient des hommes, 12% des femmes. Pour 1 personne, il n'a pas été possible d'avoir l'information.

79% des personnes anciennement sans chez soi étaient nées en France, 10% hors de l'Union Européenne, 9% dans l'Union. Pour 2%, le pays de naissance n'a pu être identifié. Cette distribution est significativement différente de celle obtenue chez les sans chez soi (45% de personnes nées en France, 26% hors UE et 16% dans l'Union Européenne).

Pour au moins 6 personnes, la notion d'un placement durant l'enfance a été recueillie.

Par ailleurs, les principaux événements ayant pu concourir à l'errance sont, lorsque l'information a pu être recueillie :

- Une séparation conjugale ou un divorce (n=5) ;
- Une séparation et une expulsion de logement (n=4) ;
- Le décès d'un proche, d'un membre de la famille ou d'un ami (n=3) ;
- Une séparation familiale (n=3) ;
- L'expulsion du logement (n=3) ;
- La perte d'un travail ou un accident conduisant à une incapacité et l'expulsion du logement (n=3).

Le temps d'errance avant l'accès à un logement n'a été recueilli que pour 56% des cas (n=45). Parmi eux, 40% avaient passé plus de 10 ans en errance, 36% entre 5 et 10 ans, 18% entre 1-5 ans et 7% entre 6 mois et 1 an.

Les décès des personnes anciennement sans chez soi sont survenus principalement au printemps (36%, n=29), en été (26%, n=21) et durant la première période hivernale (25%, n=20). Pour chacune de ces périodes, ces proportions étaient significativement plus élevées que parmi les personnes sans chez soi.

Dans une moindre mesure par rapport aux SCS, il est retrouvé une concentration des décès dans la région Ile de France (37%). Les régions Pays de la Loire (16%) et Occitanie (12%) représentent les 2ème et 3ème régions principalement concernées par ces décès.

53% des décès sont survenus dans le lieu d'habitation et 37% dans un lieu de soins. Cette distribution est différente de l'année 2019 mais elle est principalement liée à la moindre proportion de données manquantes en 2020. En population générale (d'après l'INSEE, 2016) et pour la classe d'âge 55-59 ans, la majorité des décès étaient survenus à l'hôpital et seulement 30% à domicile.

Les causes de décès demeurent méconnues (56%, n=45) mais dans 37% des cas, le décès était lié à une maladie et dans 7% des cas à une cause externe. Cette distribution des causes de décès est significativement différente de celle des personnes sans chez soi.

DISCUSSION

Les Sans Chez Soi

Le nombre de personnes sans chez soi décédées recensées en 2020 par le CMDR s'élève à 587, en légère diminution par rapport à l'année 2019, alors que d'année en année les chiffres augmentaient progressivement. Ces chiffres restent très probablement inférieurs à la réalité du fait de l'exhaustivité limitée de la surveillance menée par le Collectif (21). Il est probable aussi qu'un certain nombre de parties prenantes du système de surveillance du CMDR n'ait pas pu signaler de décès du fait de la crise sanitaire et des conséquences organisationnelles qui s'en sont suivies au cours de l'année 2020.

L'âge moyen au décès des personnes sans chez soi estimé à 48 ans en 2020 demeure inférieur de plus d'une trentaine d'années à celui de la population générale en France. Cette différence notable est également retrouvée par C. Vuillermoz sur la période 2008-2010 (49 ans contre 77 ans) (22) et par J. Romaszko (11) en Pologne. Nielsen et al, estiment que l'espérance de vie des sans domicile pour la tranche 15-24 ans est diminuée respectivement de 21 ans pour les hommes (39 ans contre 60 ans en population générale) et de 18 ans pour les femmes (47 ans contre 65 ans en population générale) (30).

La mortalité des personnes recensées par le CMDR depuis 2012 touche dans près de 9 cas sur 10 les hommes alors que la mortalité en population générale est relativement équilibrée entre les sexes et que les hommes ne représentent que 62% des personnes sans domicile vivantes selon l'étude Sans Domicile de l'INSEE en 2012. Ce résultat concorde avec certaines études antérieures (17)(31) sur les personnes sans domicile mais n'est pas généralisé. M. Nordentoft (16), à Copenhague, estime que les femmes sans domicile sont plus à risque de décès, quand Beijer U. (14), à Stockholm, conclut à une absence de différence selon le sexe. L'étude HYTPEAC (8), sur Paris et l'Ile de France, a cependant mis en évidence, une plus forte présence masculine parmi les personnes vivant dans l'espace public avec un sex-ratio de 16,9 contre 1,9 en structure d'hébergement. A contrario le compte rendu de la 7ème plateforme Logement d'Abord de juin 2020 qui avait pour thématique « Les femmes sans logement » (32) suggère un certain nombre d'hypothèses pouvant expliquer le moindre recensement de décès parmi les femmes sans chez soi. Les stratégies d'invisibilité mises en œuvre par ces dernières et le recours à des hébergements chez un tiers pourraient expliquer une moindre connaissance par les acteurs de l'AHI de ce public et de fait un moindre signalement des décès.

Au regard de la distribution de l'âge retrouvée parmi les femmes décédées pour lesquelles la catégorie d'âge [30-45 ans[est la plus représentée, il est possible que les signalements au CMDR aient concerné des personnes plus fragiles et plus vulnérables (40% des femmes avaient une errance supérieure à 5 ans, avec le poids des consommations à risques et de souffrances psychologiques).

La majeure partie des décès en 2020 sont survenus en Ile de France et concernaient principalement des personnes nées à l'étranger, à l'inverse de la province et des territoires ultramarins. Cette distribution pourrait s'expliquer par le fait que l'Ile de France concentre à elle seule près de la moitié des demandes d'asile en France. Par ailleurs, les personnes migrantes sont confrontées à de multiples enjeux dont l'accès aux soins. Seulement 51% des personnes sans titre de séjour éligibles à l'AME sont couvertes par le dispositif dans l'étude Premiers Pas (33) alors que le poids des troubles psychiques chez les migrants est lourd (34). Le rapport du Secours Catholique – Caritas (35) pointe d'ailleurs l'augmentation des personnes de nationalité étrangère prises en charge dont le statut légal de plus en plus précaire (sans papier, attente de régularisation) est associé à une absence de ressources et de droits reconnus. En revanche, l'implantation historique du CMDR conduit très probablement à une surreprésentation des décès en Ile de France par rapport aux autres régions et territoires ultramarins et notamment des personnes nées à l'étranger.

En l'absence d'accès à des dispositifs d'hébergement adaptés à leur situation et d'un accompagnement médico-social adéquat, il est possible que les personnes migrantes se retrouvent particulièrement vulnérables face à la vie sans chez soi. Cependant les données du CMDR sont trop limitées pour permettre une analyse de la situation.

Dans un peu moins d'un cas sur quatre, les décès étaient dus à une cause externe (accidentelle et/ou violente) et touchaient principalement des jeunes (âge médian de 39 ans). Dans 12% des cas, le décès était dû à une maladie (tumeurs, maladie de l'appareil circulatoire) et concernait des personnes plus âgées (âge médian de 55 ans). Cependant la proportion de personnes dont la cause de décès est demeurée mal connue ou non précisée est importante (64%). Si l'importance des causes externes dans les décès des personnes sans chez soi est retrouvée dans l'étude de C. Vuillermoz (22), à Londres (36) et plus encore dans les études des années 1990-2000 (37)(38)(39)(40)(41)(16), d'autres études mettent

en évidence le poids des maladies (maladies liées à l'appareil circulatoire, tumeurs) dans les décès de la population sans domicile (12)(18)(42)(11). Si, aux États-Unis, cette dualité entre causes de décès semble associée à l'âge (les plus jeunes décédant plus fréquemment par suicide, overdose ou agression, et les plus âgés par maladies), elle n'est pas retrouvée en Europe (43). En revanche, il est notable que les causes de décès externes (accidentelle et/ou violente) touchent toutes les classes d'âge des personnes SCS alors qu'elles ne concernent que les plus jeunes en population générale. Ce constat met en évidence la plus grande vulnérabilité et la violence existante lorsqu'on est sans chez soi.

La fréquence plus élevée de décès par cause externe en province comparée à l'Ile de France est liée à un effet source. En province, près d'un décès sur trois est signalé par les médias (1ère source de signalement, contre un sur dix en Ile de France). Or, les articles de presse, sur lesquels s'appuie le CMDR, font plus fréquemment référence à des décès violents.

Lorsque la situation du logement au cours des trois derniers mois de vie était analysée, 30% des personnes étaient en situation de rue et 31% en hébergement. Les personnes décédées en situation de rue étaient plus jeunes. 54% des personnes en situation de rue étaient nées en France contre 42% parmi les hébergées. Cette distribution est retrouvée également dans l'étude HYTPEAC qui constatait que plus de la moitié des personnes vivant à la rue étaient nées en France contre 39% chez celles vivant en structures d'hébergement.

Malgré le poids des données manquantes, il a été constaté que 48% des personnes recensées avaient passé plus d'un an en errance. Parmi elles, 24% avaient vécu plus de 10 ans sans chez soi. Dans la littérature, il est retrouvé par l'INSEE en 2012 que le temps moyen passé sans domicile était estimé à 8,3 mois pour l'ensemble des sans domicile francophones. L'étude HYTPEAC estimait que le temps moyen depuis la perte du premier logement était de 10,6 ans pour les personnes vivant dans l'espace public et de 6,6 ans pour les personnes vivant dans les dispositifs d'hébergement.

Une tendance est constatée : l'âge au décès tend à augmenter avec le temps d'errance. Ce constat est surprenant puisque l'inverse serait plutôt attendu au regard de la vulnérabilité liée la vie sans chez soi. Une première explication à ce résultat résulte dans le fait que le CMDR ne recense que des personnes décédées. Ainsi, lorsque les personnes SCS décèdent à un âge avancé, elles ont « plus de chance » d'avoir connu une longue période d'errance. A cela s'ajoute la distribution des données manquantes pour la variable « temps d'errance » qui est beaucoup plus élevée chez les moins de 65 ans (près de 50% des cas, contre 28% chez les plus de 65 ans). Cela conduit à une surreprésentation des plus âgés avec un long parcours d'errance. Il pourrait y avoir une forme de « biais du survivant », les cas avec un temps d'errance élevé sont ceux qui ont survécu et sont donc plus âgés, car sachant mieux recourir aux dispositifs de prise en charge (soins, mise à l'abri, etc..), possiblement mieux connus par les acteurs donc plus fréquemment signalés au CMDR. Les personnes en errance depuis longtemps mais qui changent régulièrement de lieu de vie sont de fait plus difficiles à suivre et donc possiblement moins connues des maraudes qui les signalent moins au Collectif lors de la survenue du décès. Par ailleurs, la variable « temps d'errance » est généralement sous-estimée du fait de la méthode de recueil. Lors de l'enquête D&D, c'est parfois la date de la première rencontre entre le bénéficiaire et l'intervenant qui est considéré et non le début effectif de l'errance.

Un effet de l'épidémie de SARS-CoV-2 ?

Les décès de personnes sans chez soi survenus au cours du printemps 2020 sont plus nombreux qu'au cours de l'hiver comme en population générale. En effet, l'épidémie a contribué à une hausse inédite des décès parmi la population française en 2020 (29). Pour le CMDR, cette mortalité est différente de celle observée les années précédentes où une proportion plus importante de décès l'hiver était retrouvée, conformément à d'autres études (22)(38). Entre le 30 mars 2020 et le 31 mai 2020, 20% de décès supplémentaires ont été constaté par rapport à la même période en 2019.

Cette hausse pourrait donc résulter d'un effet direct ou indirect de l'épidémie de SARS-CoV-2 mais également d'un biais de la surveillance réalisée, peut-être même des deux.

Ainsi, le confinement décrété entre le 17 mars et le 11 mai 2020 a bouleversé l'organisation des acteurs œuvrant auprès des personnes sans chez soi. Fermeture de certains accueils de jour, limitation des maraudes et de l'aide alimentaire, fermeture des points d'eau (fontaine, douche publique, toilettes publiques) ont rendu encore plus vulnérables les personnes en situation de rue, renforçant leur isolement (3).

D'autre part, la plus grande fragilité des personnes sans chez soi (43) et leurs conditions d'hébergement ont pu contribuer à cette augmentation. L'étude de M. Husain et al. (44) menée dans des centres d'hébergement du Samu Social de Paris entre le 1er mars et le 31 mai 2020 rend compte d'un taux de létalité par infection de 5,6% parmi les résidents, ce qui est supérieur au taux correspondant en population générale (45). Les structures d'hébergement, dont le nombre de places a été largement renforcé par les pouvoirs publics (3), ont probablement contribué à la propagation du virus au moins au début de la première vague épidémique. L'étude de T. Roederer et al (46), portant sur les personnes sans chez soi prises en charge par Médecins Sans Frontières, en Ile de France entre le 23 juin et le 2 juillet 2020, rend compte de la très forte prévalence de SARS-CoV-2 retrouvée parmi les personnes vivant dans les foyers de travailleurs, les personnes en hébergement d'urgence et chez les bénéficiaires de distribution alimentaire alors que sur la même période en population générale et sur l'Ile de France, la prévalence était bien inférieure (47). Les auteurs identifient le surpeuplement comme principal facteur associé à l'exposition au SARS-CoV-2. Ces résultats pourraient expliquer que les décès recensés par le CMDR entre les semaines 14 et 22 soient survenus principalement dans des lieux de soins et dans les centres d'hébergement à la différence de 2019.

Comme l'INSEE l'a mis en évidence en population générale sur la période de mars à avril 2020 (28), les décès recensés par le CMDR ont également touché principalement des personnes nées à l'étranger. Cela pourrait s'expliquer d'une part par l'augmentation progressive des personnes nées hors de l'UE accueillies dans les dispositifs d'urgence (48) et comme le suggère T. Roederer et al. (46), par le fait de ne pas avoir de papiers, de moins maitriser la langue française et de n'avoir pas accès aux mêmes informations ou services médicaux.

Pour autant, les données du CMDR sont limitées. Ainsi, parmi les décès où une infection à la Covid-19 a pu être identifié, l'âge moyen au décès était largement inférieur à l'âge moyen retrouvé en population générale. Par ailleurs, les comorbidités associées à la mortalité à la Covid-19, n'étaient pas retrouvées parmi les décès de personnes sans chez soi.

Pour ces différentes raisons, il apparaît nécessaire de prendre avec distance les constations constatations réalisées.

Publics spécifiques

L'analyse rétrospective des décès survenus parmi les mineurs (<18 ans) et chez les 18-25 ans depuis 2012 conduit à certains constats. Tout d'abord, pour chacune de ces populations spécifiques, il apparaît une hausse lente mais progressive du nombre de décès signalés. Ces décès touchent principalement des personnes nées à l'étranger ou nées de parents nés à l'étranger. Le rapport du Secours Catholique constate également, parmi les bénéficiaires de leur dispositif, une augmentation du nombre des hommes, femmes et enfants nés à l'étranger (35) depuis 2010

Les pays d'origine de ces groupes de population spécifiques, constituent un reflet des crises qui ont traversé le monde au cours des dernières années (Afghanistan, Côte d'Ivoire, Guinée, Soudan).

Les jeunes de 18-25 ans étaient principalement en situation de rue et étaient exposés à des comportements à risques (consommation de substances psychoactives) avec une plus grande vulnérabilité (souffrances psychologiques). Ces constats limités par la faible qualité des données sont en cohérence avec des études menées à l'étranger (49). Le CMDR relève des décès liés à une cause externe accidentelle ou violente dans 72% des cas.

Plusieurs acteurs du dispositif social ont mis en évidence la fragilité exacerbée des 18-25 ans lors de la crise sanitaire. La FEANSTA dans son dernier rapport (50) considère ce groupe comme particulièrement à risque de mal-logement et le rapport d'A. Christnacht propose d'ailleurs une extension du RSA pour les 18-25 ans (51).

Chez les mineurs, il est observé une mortalité plus élevée parmi les moins d'un an et chez les 15 ans et plus. 71% vivaient en famille (principalement des enfants de moins de 10 ans) et 17% étaient isolés (uniquement parmi les 10 ans et plus). Les décès sont principalement survenus dans des lieux de soins, dans l'espace public, dans des abris (du type cabanon, caravane, squat).

Les problématiques de la santé des mineurs étrangers ou nés de parents étrangers sont partagées. L'étude de M. Wallace (52) décrite dans la Santé en Action (33) montre, en population générale, que le taux de mortalité infantile est plus élevé chez les enfants nés en France de parents immigrés et cible certaines pistes à explorer comme le recours aux soins, les interactions avec le système de santé, les obstacles à l'accès aux soins, les discriminations. En 2017, le Comité pour la santé des exilés (Comede) estime « que 50 000 enfants sont particulièrement vulnérables, dont une moitié sont des mineurs isolés

et l'autre des enfants relevant de l'OFPRA au titre de l'asile. » (53). Il identifie des problématiques d'hébergement, de couverture maladie et de barrière de la langue. Il recense également de la dénutrition (faim), une prévalence élevée des infections par hépatite B et l'importance des troubles psychologiques (expérience de l'exil, violence, discriminations, ...). Cette fragilité psychologique est également retrouvée par A. Hourdet. et al.(54) en 2020 auprès de mineurs non accompagnés pris en charge à la PASS de l'Hôtel Dieu à Paris.

Limites

Le recueil des décès effectué par le CMDR n'est pas exhaustif (21) et le nombre de décès non recensés est probablement très élevé malgré l'amélioration de la surveillance. Les tendances observées (augmentation progressive du nombre de décès notamment) ne sauraient traduire une évolution de la mortalité réelle des personnes sans chez soi même si elle est très vraisemblable. Pour ces raisons, le travail engagé avec l'INSERM-CépiDc en vue de répéter le croisement des bases de données du CMDR et du registre national des causes de décès en France (21)(22) permettra d'obtenir des données actualisées et de rendre compte plus précisément de la mortalité et de ses causes parmi les personnes sans chez soi.

Les données obtenues ne sont que des données de mortalité. En l'absence d'information précise quant à la taille et à la composition de la population de personnes sans chez soi en France (absence de recensement depuis 2012), il n'est pas possible de mieux caractériser les décès recensés par le CMDR.

Du fait de son histoire et son lieu d'implantation en Ile de France, le Collectif les Morts de la Rue a développé des relations privilégiées avec certains acteurs locaux, permettant un signalement facilité des décès. Ainsi sur la période 2012-2018, environ 1 décès sur 4 avait eu lieu en Ile de France. Cette situation pourrait contribuer à une surreprésentation des décès en dans cette région. Malgré tout, l'INSEE, en 2012, estimait que près de 43% des personnes sans domicile vivaient dans l'agglomération parisienne (55).

Le fait que certains décès soient signalés par des médias, d'autres par des associations et ce, à des périodes de l'année différentes, incite à considérer l'existence très probable d'un biais dans le profil des personnes décédées recensées par le CMDR, notamment quant à leur situation par rapport à la rue, au contexte social et aux circonstances du décès.

Au regard des données recueillies concernant le parcours des personnes sans chez soi décédées, et de la forte proportion d'informations manquantes, il est raisonnable de penser qu'il puisse exister également des biais de classement différentiels (biais de mémorisation, biais lié aux réponses attendues), le recueil est réalisé à posteriori et cible des personnes indirectement concernées (personnes ayant été en relation avec le défunt). Les tiers, autre que les médias, signalant des décès sont plus susceptibles de détenir des informations concernant des personnes en situation d'hébergement (suivi régulier) que pour des personnes en situation de rue (fréquence des contacts plus limitée, relation plus instable). De même, les équipes du CMDR menant les entretiens avec les tiers pourraient être influencées par le profil de certains cas et rechercher certaines informations plus que d'autres.

Enfin concernant la crise sanitaire et l'épidémie de SARS-CoV-2, les données du CMDR ne sauraient être exhaustives. Le CMDR a recensé 18 personnes sans chez soi atteintes de la COVID-19 et décédées en 2020 mais il s'agit d'informations déclaratives non contrôlées. Les données de surveillance ont constaté également une hausse des décès au printemps inhabituelle sans répercussion sur le nombre total de décès annuels à la différence de l'INSEE (29). La Cour des comptes dans son rapport annuel (56) constate avec prudence que les niveaux de mortalité liée au virus n'auraient pas été supérieurs à ceux observés pour l'ensemble de la population. Elle estime ainsi à 16 pour 100 000 la mortalité des personnes hébergées sur la période de mars à septembre en France entière.

Perspectives

La surveillance de la mortalité par le CMDR nécessite d'être améliorée afin de répondre aux enjeux de l'exhaustivité des données. Il s'agit d'un axe de travail complexe mais qui permettrait d'obtenir une image plus représentative des personnes sans chez soi qui décèdent chaque année.

Sensibiliser les acteurs de l'AHI mais aussi des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) aux signalements des décès, faciliter le partage d'informations avec les différents systèmes existants, créer et renforcer les collaborations dans le respect des valeurs et principes de chaque acteur contribueraient grandement à améliorer les résultats de cette surveillance.

Une évaluation en routine du dispositif du CMDR permettrait également d'en préciser les pistes d'amélioration.

Afin de formuler des recommandations relatives aux stratégies de prévention et de prises en charge, il serait souhaitable de pouvoir disposer d'informations actualisées sur la population sans chez soi vivante. Ceci permettrait d'en analyser de manière plus spécifique la mortalité et d'en préciser les facteurs de risque de décès prématuré, préalable nécessaire afin de développer des actions de prévention

La future étude conjointe CMDR / INSERM-CépiDc devrait être riche d'enseignements tant pour estimer le nombre réel de décès parmi les personnes sans chez soi que pour en décrire les causes de décès mais également pour apprécier la qualité de la surveillance réalisée.

Conclusion

Ce rapport vise à décrire la mortalité des personnes sans chez soi en 2020. Malgré les limites identifiées, les données présentées par le CMDR constituent une source unique d'information sur cette population.

Alors qu'il n'est mesuré qu'une partie seulement de la mortalité des personnes sans chez soi en France, ces 587 morts de la rue survenues en 2020 constituent déjà un chiffre trop élevé.

L'âge moyen au décès des personnes sans chez soi, 48 ans, est dramatiquement bas comparativement à celui observé pour la population française, 79 ans. Il met en évidence la très grande vulnérabilité des personnes qui, à un moment de leur vie, se voient contraintes de vivre sans chez soi. Cette différence devrait inciter à l'action.

Bien qu'une sensible hausse des décès ait été identifiée au cours du printemps 2020 par le CMDR, les efforts des différents acteurs sociaux, médico-sociaux et des pouvoirs publics ont probablement contribuer à limiter l'impact de la crise sanitaire et sociale sur la mortalité des personnes sans chez soi.

La décision de suspendre la fin de la trêve hivernale et l'augmentation substantielle de places d'hébergement ont montré qu'il était possible d'agir fortement pour ces populations vulnérables.

Il est temps car vivre à la rue, tue !

Pablo, 48 ans, né en France.

Il était divorcé et père d'une famille de six enfants. Ancien ambulancier, ses problèmes de santé l'ont contraint d'arrêter son travail. Il a vécu alors plus de 15 ans à la rue. Il est passionné de philosophie. Son sourire, son sens de l'humour et sa gentillesse ont fait le bonheur de ceux qui l'ont croisé. Il était connu, apprécié et parlait volontiers aux passants. Une demande de logement était sur le point d'aboutir.
Mais il meurt à l'entrée d'un garage où il s'abritait de la pluie, écrasé accidentellement par une voiture qui ne l'avait pas vu.
A son enterrement plus de 50 personnes sont présentes pour lui rendre hommage.

RECITS DE VIE # Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches

BIBLIOGRAPHIE

1. OECD. Better data and policers to fight homelessness in the OECD [Internet]. Paris; 2020 [cité 21 juill 2020]. (Policy Brief on Affordable Housing). Disponible sur: http://oe.cd/homelessness-2020

2. Marpsat M., Yaouancq F. Avant-propos L'enquête Sans-Domicile 2012 : histoire et place en Europe. Paris: INSEE; 2016 p. 7-24. (Économie et statistiques). Report No.: 488-189.

3. Fondation Abbé Pierre. L'État du mal logement en France 2021 [Internet]. Paris, France; 2021 [cité 18 sept 2021] p. 358. Report No.: 26. Disponible sur: https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/26e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2021

4. Yaouancq F., Lebrère A., Marpsat M., Régnier V., Legleye S., Quaglia M. L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. juill 2013;(1455).

5. Breakey W.R. It's time for the public health community to declare war on homelessness. Am J Public Health. févr 1997;87(2):153-5.

6. Laporte A., Chauvin P., Douay C., Détrez M-A., Le Masson V., Le Méner E. SAMENTA. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France. Premiers Résultats. Paris: Observatoire du Samusocial de Paris, INSERM; 2010 janv p. 227.

7. Farrell M., Howes S., Bebbington P., Brugha T., Jenkins R., Lewis G., et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. Br J Psychiatry. nov 2001;179:432-7.

8. Arnaud A., Vandentorren S. Enquête HYTPEAC « HYgiène de la Tête aux Pieds: Ectoparasitoses et Affections Cutanéees ». Observatoire du Samusocial de Paris; 2013 déc.

9. Nusselder W.J., Slockers M.T., Krol L., Slockers C.T., Looman C.W.N., Beeck E.F. Mortality and Life Expectancy in Homeless Men and Women in Rotterdam: 2001–2010. PLOS ONE. 2 oct 2013;8(10):e73979.

10. Hwang S.W., Wilkins R., Tjepkema M., O'Campo P.J., Dunn J.R. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. BMJ [Internet]. 27 oct 2009 [cité 21 déc 2019];339. Disponible sur: https://www.bmj.com/content/339/bmj.b4036

11. Romaszko J., Cymes I., Dragańska E., Kuchta R., Glińska-Lewczuk K. Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships. PLOS ONE. 21 déc 2017;12(12):e0189938.

12. Baggett T.P., Hwang S.W., O'Connell J.J., Porneala B.C., Stringfellow E.J., Orav E.J., et al. Mortality Among Homeless Adults in Boston: Shifts in Causes of Death Over a 15-year Period. JAMA Intern Med. 11 févr 2013;173(3):189-95.

13. Ivers J-H., Zgaga L., O'Donoghue-Hynes B., Heary A., Gallwey B., Barry J.. Five-year standardised mortality ratios in a cohort of homeless people in Dublin. BMJ Open. 1 janv 2019;9(1):e023010.

14. Beijer U., Andreasson S., Agren G., Fugelstad A. Mortality and causes of death among homeless women and men in Stockholm. Scand J Public Health. mars 2011;39(2):121-7.

15. Hwang S.W.. Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. JAMA. 26 avr 2000;283(16):2152-7.

16. Nordentoft M., Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. BMJ. 12 juill 2003;327(7406):81.

17. Babidge N.C., Buhrich N., Butler T. Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up. Acta Psychiatr Scand. févr 2001;103(2):105-10.

18. Stenius-Ayoade A., Haaramo P., Kautiainen H., Gissler M., Wahlbeck K., Eriksson JG. Mortality and causes of death among homeless in Finland: a 10-year follow-up study. J Epidemiol Community Health. 24 juill 2017;

19. Charlemagne A., Courouve L., Bonte J. Étude exploratoire sur les diverses sources disponibles permettant une première approche des causes de décès des personnes sans abri. Étude pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion social (ONPES). Cemka Eval; 2011 févr p. 82. Report No.: 2009-199.

20. Cha, O. La santé des sans abri. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 5 févr 2013;197(2):277-91.

21. Vuillermoz C., Aouba A., Grout L., Vandentorren S., Tassin F., Vazifeh L., et al. Estimating the number of homeless deaths in France, 2008–2010. BMC public health. 7 juill 2014;14:690.

22. Vuillermoz C., Aouba A., Grout L, Vandentorren S., Tassin F., Moreno-Betancur M., et al. Mortality among homeless people in France, 2008-10. Eur J Public Health. 2016;26(6):1028-33.

23. Organisation mondiale de la santé. CIM-10 [Internet]. 2008 [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/

24. FEANTSA. ETHOS Typology on Homelessness and Housing Exclusion [Internet]. 2007 [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion

25. Carrat F., Figoni J., Henny J., Desenclos J-C., Kab S., de Lamballerie X, et al. Evidence of early circulation of SARS-CoV-2 in France: findings from the population-based "CONSTANCES" cohort. Eur J Epidemiol. 1 févr 2021;36(2):219-22.

26. Santé Publique France. Point épidémiologique -Covid-19. Situation du 5 mars 2020, 15h. 5 mars 2020;4.

27. Gascard N., Labosse A.. 26 % de décès supplémentaires entre début mars et mi-avril 2020 : les communes denses sont les plus touchées. INSEE Focus [Internet]. 11 mai 2020 [cité 12 sept 2021];(191). Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4488433

28. Papon S., Robert-Bobée I. Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020. INSEE Focus [Internet]. 7 juill 2020 [cité 12 sept 2021];(198). Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049

29. Le Minez S., Roux V. 2020 : une hausse des décès inédite depuis 70 ans. INSEE Première. mars 2021;(1847):4.

30. Nielsen S.F., Hjorthøj C.R., Erlangsen A., Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. Lancet. 25 juin 2011;377(9784):2205-14.

31. Hwang S.W., Lebow J.M., Bierer M.F., O'Connell J.J., Orav E.J., Brennan T.A. Risk factors for death in homeless adults in Boston. Arch Intern Med. 13 juill 1998;158(13):1454-60.

32. Direction de la prospective et du dialogue public. Les Femmes sans logement. Direction de l'Habitat et du Logement; 2020 juin p. 40. (Compte rendu de la 7ème plateforme Logement d'Abord).

33. SPF. Migrants en situation de vulnérabilité et santé. La Santé en action [Internet]. mars 2021 [cité 25 mai 2021];(455). Disponible sur: /import/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante

34. Comité pour la santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation [Internet]. 2017. Disponible sur: En ligne : http://www.comede.org/rapport-dactivite/

35. Secours catholique, Caritas France. État de la pauvreté en France 2020. Budget des ménages des choix impossibles. [Internet]. 2020 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: https://www.secours-catholique.org/sites/scinternet/files/publications/rs20-bd.pdf

36. Aldridge R.W., Menezes D., Lewer D., Cornes M., Evans H., Blackburn R.M., et al. Causes of death among homeless people: a population-based cross-sectional study of linked hospitalisation and mortality data in England. Wellcome Open Res. 2019;4:49.

37. Hibbs J.R., Benner L., Klugman L., Spencer R., Macchia I, Mellinger A, et al. Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia. N Engl J Med. 4 août 1994;331(5):304-9.

38. Hawke W., Davis M., Erlenbusch B. Dying without Dignity: Homeless Deaths in Los Angeles County: 2000 – 2007. 2007 [cité 21 déc 2019]; Disponible sur: https://www.nationalhomeless.org/publications/dyingwithoutdignity/dyingwithoutdignity.pdf

39. Hanzlick R., Parrish R.G. Deaths among the homeless in Fulton County, GA, 1988-90. Public Health Rep. août 1993;108(4):488-91.

40. Centers for Disease Control (CDC). Deaths among homeless persons--San Francisco, 1985-1990. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 20 déc 1991;40(50):877-80.

41. Cheung A.M, Hwang S.W. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. CMAJ. 13 avr 2004;170(8):1243-7.

42. Gambatese M., Marder D., Begier E., Gutkovich A., Mos R., Griffin A., et al. Programmatic Impact of 5 Years of Mortality Surveillance of New York City Homeless Populations. Am J Public Health. déc 2013;103(Suppl 2):S193-8.

43. Fazel S., Geddes J.R., Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet. 25 oct 2014;384(9953):1529-40.

44. Husain M., Rachline A., Cousien A., Rolland S., Rouzaud C., Ferre V.M., et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the homeless: results from a retrospective closed cohort in France (March-May 2020). Clin Microbiol Infect. 7 juin 2021;S1198-743X(21)00287-1.

45. Salje H., Tran Kiem C., Lefrancq N., Courtejoie N., Bosetti P., Paireau J., et al. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. Science. 10 juill 2020;369(6500):208-11.

46. Roederer T., Mollo B., Vincent C., Nikolay B., Llosa A.E., Nesbitt R., et al. Seroprevalence and risk factors of exposure to COVID-19 in homeless people in Paris, France: a cross-sectional study. Lancet Public Health. avr 2021;6(4):e202-9.

47. Carrat F., Lamballerie X. de, Rahib D., Blanché H., Lapidus N., Artaud F., et al. Seroprevalence of SARS-CoV-2 among adults in three regions of France following the lockdown and associated risk factors: a multicohort study. preprint. 18 sept 2020;2020.09.16.20195693.

48. DRIHL, FAS. Les personnes accueillies dans le dispositif hivernal en Île-de-France. Résultats de l'enquête 2019 « une nuit donnée » dans les structures de renfort hivernal. Nuit du 14 au 15 février 2019 [Internet]. Paris, France: DRIHL Ile de France; 2019 déc [cité 18 sept 2021] p. 8. (Lettres des études). Disponible sur: http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/2019-12-05-une-nuit-donnee.pdf

49. Roy E, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau J-F, Boivin J-F. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. JAMA. 4 août 2004;292(5):569-74.

50. FEANTSA, Fondation Abbé Pierre. 6th Overview of Housing Exclusion in Europe 2021: Youth in Danger! [Internet]. FEANTSA; 2021 mai [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: https://www.feantsa.org/en/news/2021/05/05/6th-overview-of-housing-exclusion-in-europe-2021-youth-in-danger

51. Christnacht A. La Protection, l'hébergement et le logement des personnes en situation de précarité [Internet]. 2020 sept [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: https://www.unafo.org/app/uploads/2020/11/3.-Rapport_a_christnacht.pdf

52. Wallace M., Khlat M., Guillot M. Infant mortality among native-born children of immigrants in France, 2008–17: results from a socio-demographic panel survey. European Journal of Public Health. 1 avr 2021;31(2):326-33.

53. Comité pour la santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation [Internet]. 2019. Disponible sur: file:///Users/julienambard/Downloads/Rapport-Comede-2019.pdf

54. Hourdet A., Rénier M., Van de Steeg F., Rieutord G., de Champs Léger H. État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs: Enquête rétrospective au sein de la permanence d'accès aux soins de santé de l'hôtel-Dieu. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 13 oct 2020;(27):531-7.

55. APUR, INSEE. Les sans-domicile dans l'agglomération parisienne : une population en très forte croissance. juin 2014;(72):4.

56. Cour des Comptes. Tome I - L'hébergement et le logement des personnes sans domicile pendant la crise sanitaire du printemps 2020 [Internet]. Paris; 2021 [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-03/20210318-03-TomeI-hebergement%20-logement-%20personnes-domicile-pendant-crise-sanitaire-printemps-2020.pdf

57. Direction Générale de la Santé, Direction Générale de la Cohésion Sociale. Instruction interministérielle N°DGS/VSS/VSS2/DGSCGC/DGT/DGOS/DGCS/SGMAS/2018/236 du 18 octobre 2018 relative à la prévention et la gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2018-2019 [Internet]. 2018 oct [cité 28 juill 2020]. Disponible sur: https://beta.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir_44119/CIRC

ANNEXES

Annexe 1 – Source de signalement

Réseau associatif

De nombreuses associations sont adhérentes du CMDR (Annexe 8) et le conseil d'administration du CMDR est composé de personnes physiques ainsi que de représentants de différentes associations. De plus, par ses objectifs et ses actions, le CMDR est en relation avec les associations agissant auprès des personnes en précarité. De la même façon, certaines associations nationales et les collectifs locaux d'accompagnement des morts de la rue ou des morts isolés, qui transmettent généralement les données sur les décès qu'ils apprennent, sont en lien avec de nombreuses associations locales.

Les associations qui signalent les décès au CMDR peuvent le faire avec plusieurs objectifs : aider le CMDR à mieux connaître le nombre de personnes vivant ou ayant vécu à la rue décédées, honorer la mémoire de la personne en faisant apparaître son nom sur le faire-part, dénoncer des dysfonctionnements ou demander de l'aide dans l'organisation des funérailles ou la recherche des proches.

Ce réseau associatif est sollicité au quotidien par l'envoi de mails pour rechercher les proches ou informer d'un décès, par l'envoi de faire-part invitant aux célébrations annuelles (hommage public chaque année), par l'organisation de formations pour les associations, d'invitations à des groupes de paroles pour les personnes en deuil de quelqu'un qui vivait à la rue. Ce partenariat au quotidien permet aux associations de mieux connaître le CMDR à qui il communique spontanément les décès appris.

Sources institutionnelles

Certains acteurs institutionnels signalent régulièrement des décès au CMDR. Dans le cadre de la convention entre la ville de Paris et le CMDR (depuis 2004) pour l'accompagnement des personnes isolées décédées, les partenaires opérationnels (Institut médicolégal, et Services Funéraires de la Ville de Paris) envoient systématiquement un fax au CMDR pour lui indiquer les noms des personnes isolées décédées qui seront accompagnées au cimetière par le CMDR. Parmi ces noms, l'équipe « Proches en deuil » du CMDR recherche pour chaque personne auprès du Samu Social de Paris, des commissariats, des états-civils d'hôpitaux, des partenaires associatifs (réseau « Connaissez-vous »), les éléments qui permettront de mieux accompagner les défunts. C'est en faisant cette recherche que le CMDR apprend parfois qu'il s'agit d'une personne ayant vécu à la rue. Le CMDR peut apprendre des décès par d'autres sources institutionnelles (police, services sociaux ou état civil de certains hôpitaux, certains 115...), notamment lorsque le CMDR représente pour ces services une aide pour l'identification de la personne décédée ou la recherche de proches.

La DGCS transmet au CMDR depuis 2018 la liste anonymisée des décès de personnes sans chez soi survenus sur la voie publique durant la période hivernale (57).

Réseaux sociaux

Le CMDR est présent sur les réseaux sociaux, notamment Twitter®, Instagram® et Facebook®. Cette présence permet au CMDR de se faire connaître d'un autre public et d'être informé régulièrement de décès, de disparitions ou de rumeurs de décès qui seront vérifiées par ailleurs.

Des particuliers

Familles, amis, voisins, riverains, signalent des décès au CMDR, ou se tournent vers lui pour lui demander soutien.

Annexe 2 – Associations adhérentes au CMDR

ABEJ
ACAT Groupe Thonon
ARCHAOS
ASSOCIATION ACCUEIL SERVICE
ASSOCIATION CŒUR DU CINQ
ASSOCIATION JEAN MERLIN
ASSOCIATION L'ECLAIRCIE
ASSOCIATION SERT MARMOTTAN
AUTREMONDE
AUX CAPTIFS LA LIBERATION
AVAF - Association Varoise d'Accueil Familial
BAGAGERIE ANTIGEL
CAFE ACCUEIL DES GENS DE LA RUE
CASP
CG Filles du St Esprit
CHARONNE-OPPELIA
CMAO - LILLE
COLLECTIF NATIONAL DES DROITS DE L'HOMME ROMEUROPE
COMPAGNIE DES FILLES DE LA CHARITE
COMPAGNONS DE LA NUIT
CONFERENCE ST GAUCHER DU VEXIN CONF ST V DE PAUL
CONGREGATION DES SŒURS DE MARIE AUXILIATRICE
DE L'OMBRE A LA LUMIERE
DEPAUL France
EGLISE PROTESTANTE UNIE DE France
ENFANTS DU CANAL
ENTRAIDE DU FOYER DE L'AME - EGLISE REFORMEE
ENTRAIDE ET PARTAGE - PARIS
ENTRAIDE ET PARTAGE - VINCENNES
ENTRAIDE PROTESTANTE
EPUF
EQUIPES SAINT VINCENT
FONDATION ARMEE DU SALUT-CHU MOUZZAIA
FONDATION DE L'ARMEE DU SALUT
FRATERNITE DU SERVITEUR SOUFFRANT
LA CLOCHE
LA SOUPE SAINT EUSTACHE
L'AFFAIRE D'UNE VIE
LDH BAGNOLET-LES LILAS
LE PETIT CAFE DE ST AMBROISE
LES ENFANTS DU CANAL
LES FOYERS DE L'OISEAU BLEU
MAISON DE LA SOLIDARITE DE GENNEVILLIERS
MEDECINS DU MONDE ALSACE
ŒUVRES DE LA MIE DE PAIN
OPELIA LE TRIANGLE
PALAIS DU PEUPLE - ARMEE DU SALUT
PETITS FRERES DES PAUVRES
POMPES FUNEBRES MURAIRES
PROTECTION CIVILE PARIS SEINE
ROBINS DES RUES
SAUVEGARDE DU NORD
SECOURS CATHO
SECOURS CATHOLIQUE - DE LA RUE AU LOGEMENT
SECOURS CATHOLIQUE - NANTES
SOCIETE ST VINCENT DE PAUL - NATIONAL
SOCIETE ST VINCENT DE PAUL VEXIN
SOLIDARITES NOUVELLES POUR LE LOGEMENT
SOS ACCUEIL

Annexe 3 – Associations et Collectifs d'accompagnement des morts de la rue

En 2002, des associations ou collectifs accompagnaient déjà les personnes à la rue décédées notamment le Collectif Dignité Cimetière à Rennes ou Magdala à Lille. D'autres collectifs se sont créés après le CMDR à Paris. Aujourd'hui, des associations ou collectifs accompagnent les morts de la rue dans 18 villes françaises. Ces associations travaillent de manière indépendante et fonctionnent de façon différente les unes des autres. Elles échangent sur leurs pratiques notamment lors de rencontres inter-associatives. Les collectifs transmettent des données au CMDR. Ces données peuvent être nominatives ou anonymes, et plus ou moins renseignées. Des rencontres avec les collectifs régionaux portant sur la transmission des données ont eu lieu (Grenoble, Rennes, Lille, Strasbourg) entre 2015 et 2016, afin d'améliorer la transmission des données, en accord avec leurs modes de fonctionnement.

- Angers : Collectif Angevin des Morts de la rue
- Avignon
- Belfort
- Bordeaux
- Fougères
- Grenoble : Morts de Rue Grenoble
- Lille : Mémoire-Fraternité
- Lyon : Morts sans toi(t)
- Marseille : Marseillais Solidaires des Morts Anonymes
- Nancy
- Nantes : de l'Ombre à la Lumière
- Redon
- Rennes : Collectif Dignité Cimetière (et plusieurs communes d'Ille-et-Vilaine
- Rouen : Association Rouennaise pour l'Adieu aux Morts Isolés
- Saint-Brieuc
- Saint Malo
- Strasbourg : Grains de sable, Collectif Alsacien des Morts de la Rue
- Toulon : Collectif Varois des Morts de la Rue
- Toulouse : Gouttes de vie – CMDR31

Annexe 4 – Veille médiatique

Le CMDR effectue une veille médiatique sur internet. Pour cela, il effectue quotidiennement une recherche par mots clés permettant de détecter des articles relatant le décès de personnes sans domicile ou vivant en centre d'hébergement collectif. Cette recherche est réalisée sur le moteur de recherche Google©.

Les mots clés utilisés pour cette recherche sont les suivants :

- « SDF » ;
- « mort SDF » ;
- « décès SDF » ;
- « corps SDF » ;
- « cadavre SDF » ;
- « marginal » ;
- « mort marginal » ;
- « décès marginal » ;
- « corps marginal » ;
- « cadavre marginal » ;
- « sans-abri » ;
- « mort sans-abri » ;
- « décès sans-abri » ;
- « cadavre sans-abri » ;
- « Sans- Domicile » ;
- « décès sans-domicile » ;
- « corps sans-domicile » ;
- « cadavre sans-domicile » ;
- « SDF décédé » ;
- « sans-abri décédé » ;
- « marginal décédé » ;
- « sans domicile décédé » ;
- « mort de la rue » ;
- « morts de la rue » ;
- « mort squat » ;
- « corps squat » ;
- « décès squat » ;
- « cadavre squat » ;
- « mort foyer hébergement » ;
- « décès foyer hébergement » ;
- « corps foyer hébergement... ».

Quotidiennement, les équipes du CMDR réalisent un tri des résultats obtenus par ces équations de recherche et ajoutent les cas correspondant aux cas à explorer.

Annexe 5 – Fiche de signalement

Collectif Les Morts de la Rue

« En accompagnant ces morts, nous agissons aussi pour les vivants »

Bureau : 72 rue Orfila 75020 PARIS ; tel 01 42 45 08 01. Fax 01 47 97 23 87 mortsdelarue@wanadoo.fr

FICHE DE SIGNALEMENT DU DECES D'UNE PERSONNE « SANS CHEZ SOI » *

INFORMATIONS SUR LE DECLARANT :

Département :

Nom : **Prénom :**

Téléphone : **Email :** @

Vous êtes : (*cochez la case qui correspond, et précisez si possible*)

☐Association :

☐Institution :

☐Particulier :

☐**Autre :**

INFORMATION SUR LE DECES

Appris le **Date du décès**

Appris par (indiquez comment vous avez appris le décès) :

Souhaitez-vous que cette personne soit sur le site ? ☐Oui ☐Oui, anonymement ☐Non ☐Pas d'opinion

Sur le faire-part ? ☐Oui ☐Oui, anonymement ☐Non ☐Pas d'opinion

INFORMATION SUR LA PERSONNE DECEDEE

Nom : **Prénom :** **Surnom :**

Date de naissance : ou **Âge :** **Sexe :** ☐Homme ☐Femme

Statut vis-à-vis de la rue* : ☐Situation de rue ☐Hébergé ☐Probablement sans chez soi ☐Anciennement sans chez soi ☐Ne sait pas

Circonstances du décès (veuillez indiquer les circonstances et les causes du décès) :

AUTRES INFORMATIONS

Acceptez-vous d'être recontacté au sujet de cette personne ? ☐Oui ☐ Non

Si oui, indiquez des dates et tranches horaires auxquelles nous pouvons vous contacter :

Indiquez les personnes / organismes que nous pourrions rappeler pour avoir plus d'information sur cette personne (indiquez si possible un numéro de téléphone et le nom d'une personne contact dans l'organisme) :

** Une personne est considérée **« sans chez soi »** si elle était dans l'une des situations suivantes :*

1. **« personne en situation de rue »** = personnes ayant dormi **principalement au cours des trois dernier mois** :

- dans des ***lieux non prévus pour l'habitation***, par exemple: cave, parking fermé, grenier, cabane, voiture, wagon, bateau; usine, bureau, entrepôt, bâtiment technique, parties communes d'un immeuble; ruines, chantiers, grotte, tente ; métro, gare, couloirs d'un centre commercial, voie ferrée; rue, pont, parking extérieur, jardin public, terrain vague ; ...
- dans un ***centre d'hébergement d'urgence avec remise à la rue chaque matin***.
- dans tout type ***d'hébergement alloué pour pallier à une situation d'urgence***

2. **« personnes hébergées »** = personnes ayant dormi **principalement au cours des trois dernier mois** :

- dans un ***centre d'hébergement collectif*** gratuit ou à faible participation, quel que soit le centre (CHRS, hôtel social, asile de nuit, communauté de travail, lits infirmiers...) et la durée de l'hébergement, hors foyer de jeune travailleur, foyer de travailleurs migrants, maisons-relais, pension de famille et résidence sociale.
- Dans un ***logement squatté***
- Dans un logement, s'il est ***hébergé par un ami ou de la famille*** faute de ne pouvoir avoir son propre logement
- Dans un ***hôtel***, que la chambre soit payée par une association, un centre d'hébergement, un organisme ou la personne (s'il ne s'agit pas d'une situation pérenne).

3. **« personne *probablement* sans chez soi »** = personne probablement dans une de ces situations mais détails de la situation inconnus.

*Vous pouvez aussi nous signaler le décès de personnes **« anciennement sans chez soi »** = logées au moment du décès mais ayant connu un parcours de rue.*

Annexe 6 – Questionnaire de recueil de données

Identifiant : _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _	En cours D&D □ Début___/___/_____
QUESTIONNAIRE DENOMBRER ET DECRIRE	Acte de décès : □Demandé □ Infructueux □Reçu □Scanné
	Saisie globale le ___/___/____ Par _____
I. IDENTITE DE LA PERSONNE	Clos D&D □ le___/___/___Par_____

Q1. Situation du logement au moment du décès : où la personne a-t-elle dormi principalement au cours des 3 derniers mois ?
Expliciter : _____
_____

Q2. Classification situation d'hébergement : □$_1$ Situation de rue □$_2$ Hébergé(e) □$_3$Probablement sans chez soi
□$_4$Anciennement sans chez soi □$_6$ Récemment a la rue (<6 semaines)

Q3 La personne est-elle identifiée ? □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP

Q4. Nom** : _____ **Q5. Prénom**** : _____

Q6. Surnom : _____ **Q7. Sexe**** : □$_1$ Homme □$_2$ Femme □$_3$ Trans □$_9$ NSP

Q8.Le nom de la personne peut-il figurer sur le faire-part pour l'hommage ?
□$_0$ Non □$_2$ Oui □$_3$ Oui, de façon anonyme □$_9$ A confirmer
→ ***Ecriture sur le Faire Part*** *(modèle : Prénom NOM dit Surnom, XX ans)*
_____

Q9. Expliciter la source de l'anonymat : _____

Q10. Le contexte de l'anonymat (famille existante, etc)_____

Q11. Date de naissance** : _ _ / _ _ /_ _ _ **Q12. Âge** : _ _ _

Q13. Classe d'Âge :□$_1$ <5 ans □$_2$ [5 ; 9] □$_3$ [10 ; 14] □$_4$ [15 ; 19] □$_5$ [20 ; 24] □$_6$ [25 ; 29]
□$_7$ [30 ; 34] □$_8$ [35 ; 39] □$_9$ [40 ; 44] □$_{10}$ [45 ; 49] □$_{11}$ [50 ; 54] □$_{12}$ [55 ; 59] □$_{13}$ [60 ; 64]
□$_{14}$ [65 ; 69] □$_{15}$ [70 ; 74] □$_{16}$ [75 ; 79] □$_{17}$ [80 ; 84] □$_{18}$ ≥ 85 ans □$_{99}$ Ne sait pas

Q14. Pays de naissance *(voir la liste)*: _ _ /_____

Q15. Nationalité : (*un seul choix*) □$_1$ Française □$_2$ UE □$_3$ Hors UE □$_4$ Double nationalité dont française
□$_5$ Double nationalité dont UE □$_6$ Double nationalité hors UE □$_7$ Apatride □$_9$ Ne sait pas

Q16. Département de naissance** : _ _ **Q17. Commune de naissance**** : _ _ _ /_____

Q18. Statut marital: □$_1$ Célibataire □$_2$ Marié/pacsé □$_3$ Divorcé □$_4$ Veuf (ve) □$_9$ NSP

Q19. Autres informations sur l'identité de la personne : _____
_____
_____

II. INFORMATIONS SUR LE DECES

Q20. Décès appris par le Collectif le : _ _ / _ _ / _ _ _ _ **Q21 : Acte de décès obtenu** □$_1$ Oui □$_2$ Non

Q22. Date du décès** : _ _ / _ _ / _ _ _ _ **Q23. Région du décès** : _ _ _ /_____

Q24. Département du décès** : _ _ **Q25. Commune du décès**** : _ _ _ /_____

Q26. Sources du décès (*plusieurs choix possibles, précisez*)

□ Association : _____
- ○ Accompagnement morts de la rue
- ○ Hébergement
- ○ Maraudes (hors coordination maraudes)
- ○ Service pour personnes sans domicile
- ○ Soins
- ○ Autre _____

□ Hôpital : _____
- ○ Service social
- ○ Etat civil
- ○ Autre service

□ Média : _____

□ Autre : _____

□ Partenaires institutionnels
- ○ 115 / Samu social
- ○ Convention morts isolés ville de Paris
- ○ IML : _____
- ○ Mairie/Etat Civil
- ○ Mairie/CCAS
- ○ Police / BRDP
- ○ Coordination des maraudes
- ○ CHAPSA
- ○ Autre : _____

□ Particulier :
- ○ Famille : _____
- ○ Autre : _____

Q27. Endroit où le décès a été constaté : _ _ / _____
→ **Q27bis**. *Précisions :*_____
_____

Q28. Cause(s) et circonstances du décès *(qui a découvert le corps, dans quel état…)*
_____
_____

→ **Q29. Type de décès :**
□$_1$ Violent - Accident □$_2$ Violent – Agression □$_3$ Violent – Suicide □$_4$ Violent– NSP □$_6$ Maladie – Tumeur □$_7$ Maladie - Autre □$_8$ Maladie - NSP □$_9$ Naturelle soudaine □$_{10}$ NSP

→ **Q30. Source cause de décès :** □$_1$ Médicale □$_2$ Liée à une source médicale □$_3$ Ni l'un ni l'autre □$_9$ NSP

Q31. Examen Médico Légal demandé : □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP

Questionnaire 17/05/2015 Page | 1

Q32. Pathologies associées au moment du décès □888 Aucune connue □999 NSP

	Pathologies associées au moment du décès	Temps écoulé entre début pathologie et DC	Source médicale
1			□1 Oui □2 Non □9 NSP
2			□1 Oui □2 Non □9 NSP
3			□1 Oui □2 Non □9 NSP
4			□1 Oui □2 Non □9 NSP
5			□1 Oui □2 Non □9 NSP

Q34. Antécédents de santé connus avant le décès : □888 Aucun connu □999 NSP

	Antécédents de santé (apparus avant le DC)	Source médicale
1		□1 Oui □2 Non □9 NSP
2		□1 Oui □2 Non □9 NSP
3		□1 Oui □2 Non □9 NSP
4		□1 Oui □2 Non □9 NSP
5		□1 Oui □2 Non □9 NSP

Autres informations sur pathologies et antécédents : _____
_____
_____

Q35. Le décès de la personne est-il survenu simultanément ou <1 an après un autre décès ? □0 Non
□1 Oui, décès d'une pers. sans chez soi ou anciennement sans chez soi de la liste, **Numéro ID**_____
□2 Oui, décès d'une pers. sans chez soi ou anciennement sans chez soi hors liste
□3 Oui, décès d'une pers. avec un chez soi □4 Oui, mais ne connaît pas le logement de la personne
□9 NSP

→Q36. Délai en jours : _ _ _

→Q37. Lien avec l'autre personne décédée : □1 Ami □2 Famille □3 Couple □4 Cohabitant dans la même structure □ Autre □9 NSP

Q 37Précisions : _____
_____
_____

III. CONTEXTE ADMINISTRATIF AU MOMENT DU DECES

Q38. Situation administrative en règle pour les personnes étrangères: □1 Régulière □2 Irrégulière □9 NSP

Q 39 Date d'arrivée en France : _____/_____/_____

Q 40 Présence totale en France en classes :
□1 <6 mois □2 [6 mois – 1 an [□3 [1 – 5 ans[□4 [5 – 10 ans [□5 ≥10 ans □9 NSP

Q 41 : Autres infos sur le parcours de migration :_____
_____
_____

Q42. Francophone : □0 Ne parlait pas français □1 Parlait bien français □2 Parlait un peu français □9 NSP

Q 43 Statut de réfugié : □0 Non demandé □1 Demande en cours □2 Obtenu □3 Refusé □9 NSP

Q44. Protection juridique : □0 Aucune □1 Sauvegarde de justice □2 Curatelle □3 Tutelle□4 MASP □5 MaJ
□6 Autre : _____ □7 Oui, mais NSP laquelle □9 NSP

→Q44bis. Précisions : _____

Q45. Domiciliation administrative
□0 Aucune □1 Oui, association □2 Oui, assistante sociale, bureau d'aide sociale ou CCAS
□3 Oui, centre d'hébergement □4 Oui, membre de la famille □5 Oui, ami ou connaissance
□6 Oui, hôtel (hors hôtel social) □7 Oui, poste □7 Oui, chez lui/elle
□8 Oui, autre_____ □9 Oui, mais NSP laquelle □99 NSP

→Q45bis. Précisions : _____

Q46. Couverture maladie :
□0 Aucune couverture maladie □1 Sécurité sociale □3AME □4 Oui, Ne sait pas laquelle □5 En cours de demande
□6CMU-Complémentaire □7PUMA □9 Ne sait pas

Q47. Travail (activité rémunérée) dans les 12 derniers mois ? (*que le travail soit déclaré ou non)*

□$_0$ Pas de travail □$_1$ Travail à temps plein □$_2$ Travail à temps partiel
□$_3$ Travail occasionnellement □$_4$ Arrêt de travail (longue maladie ou accident) □$_9$ NSP

→ **Q47bis.** *Précisions* **:** _____

Q48. Etudes les plus élevées : *(pour les étrangers, essayez d'établir une correspondance par l'âge)*

□$_0$ N'a jamais été scolarisé □$_1$ Primaire □$_2$ Collège □$_3$ Préparation d'un CAP, BEP, seconde pro.
□$_4$ Lycée général □$_5$ Lycée technologique ou pro. □$_6$ Supérieur □$_9$ NSP

→ ***Q48bisPrécisions*** : _____

Q49. Parcours professionnel : _____

Q50. Source(s) de revenu (*plusieurs choix possible, entourez la source principale*)

□$_0$ Aucune ressource □$_1$ RSA □$_2$ AAH □$_3$ Assedic/chômage □$_4$ Retraite □$_5$ Salaires/Travail
□$_6$ Pension invalidité ou rentes □$_7$ Allocations familiales □$_8$ Mendicité $_9$ Artisanat, services informels
□$_{10}$ Autre : _____ □$_{99}$ NSP

→ **Q50bis.** *Précisions* **:** _____

Q51. Par qui la personne était-elle suivie avant le décès ? (*plusieurs choix possible*)

□0 Sans suivi social □$_1$ AS de secteur/CCAS □$_2$ Permanences Sociales d'Accueil □$_3$ Associations
□$_4$ Maraudeurs □$_5$ Autre_____ □$_6$ Tutelle □$_9$ NSP

Q51bis. ***Si suivi social, précisez :*** _____

Q52.Démarches en cours ou abouties récemment (<1 an avant le décès): *(plusieurs réponses possibles)*

□$_0$ Aucune □$_1$ Accès au logement □$_2$ Accès aux soins □$_3$ Papiers d'identité
□$_4$ Régularisation de la situation administrative □$_5$ Liens familiaux □$_6$ Recherche d'emploi
□$_9$ Autre : _____ □$_{10}$ Refus de toute aide □$_{99}$ NSP

→ **Q52bis.** *Précisions* **:** _____

IV. ENFANCE ET FAMILLE, LIENS SOCIAUX

Q53. Qui a élevé la personne ? □$_{99}$ Ne sait pas

	Qui ?		Qui ?
□$_1$	Deux parents	□$_6$	Grands-parents
□$_2$	Mère seule	□$_7$	Autre membre de la famille : _____
□$_3$	Mère et nouveau compagnon	□$_8$	Autre personne :_____
□$_4$	Père seul	□$_9$	Famille d'accueil
□$_5$	Père et nouvelle compagne	□$_{10}$	Institut ou foyer

→ **Q53bis.** ***Précisez*** : _____

Q54. La personne a-t-elle été placée à la Ddass, à l'ASE ou à la PJJ?

□$_0$ Sans objet, étranger arrivé en France après 18 ans
□$_1$ Oui, principalement en famille d'accueil □$_2$ Oui, principalement en institution ou foyer
□$_3$ Oui, alternance famille d'accueil et foyer □$_4$ Oui, mais NSP où □$_5$ Non □$_9$ NSP

Q55. Frères et soeurs ? (y compris décédés et issus de familles recomposées) □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP

Q55bis. Combien de frères et sœurs ? _ _

Q56. Pays de naissance de la Mère ? _ _ /_____

Q57. Mère vivante □$_1$ **Oui** □$_2$ **Non** □$_9$ **NSP**

Q58. Pays de naissance du Père ? _ _ /_____

Q59 Père vivant □$_1$ **Oui** □$_2$ **Non** □$_9$ **NSP**

Q60 Précisions sur la famille : _____

Q59. Mode de vie: □$_1$ **Seul** □$_2$ **En couple** □$_3$ **En famille** □$_4$ **En groupe** □$_9$ **NSP**

Q60. La personne était elle en couple au moment du décès ? □$_1$ **Oui** □$_2$ **Non** □$_9$ **NSP**

Q61. La personne avait des enfants ? □$_1$ **Oui** □$_2$ **Non** □$_9$ **NSP**

Q62. Nombre d'enfants : _ _ **Q62.bis** Dont mineurs : _ _ **Q62ter** Dont vivant avec la personne : _ _

Précisions : _____

_____

Q63. Au cours des 12 mois précédant le décès, la personne avait-elle rencontré des membres de la famille ?

□$_0$ Sans objet, pas de famille □$_1$ Oui, au moins 1 fois par mois □$_2$ Oui, au moins une fois l'année
□$_3$ Non, jamais au cours des 12 derniers mois □$_9$ NSP

Q64. Au cours des 12 mois précédant le décès, la personne avait-elle communiqué avec des membres de la famille par téléphone, sms, internet, courrier... ?

□$_0$ Sans objet, pas de famille □$_1$ Oui, au moins 1 fois par mois □$_2$ Oui, au moins une fois l'année
□$_3$ Non, jamais au cours des 12 derniers mois □$_9$ NSP

→ **Q64bis.** *Précisions liens familiaux* **:** _____

_____

_____

_____

Q65. La personne avait-elle des liens sociaux avant le décès ? □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP

→ **Q66.** ***Si oui, précisez (plusieurs réponses possibles)*** *:*

□$_1$ Amis □$_2$ Voisinage du lieu de vie □$_3$ Famille
□$_4$ Accueil de jour □$_5$ Maraudes □$_6$ Paroisse
□$_7$ Co-habitants de la structure d'hébergement □$_8$ Structure de suivi social
□$_9$ Autre :_____

Q67. Activités bénévoles, implications dans activités associatives ou sociales : □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP

Q68. Vivait avec un animal : □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP

Autres informations sur le contexte social : _____

_____

_____

_____

V. RUPTURES ET EVENEMENTS ADVERSES

Q69. Quelles ruptures la personne a-t-elle connu dans sa vie ? □$_0$ Aucune rupture connue □$_{99}$ Ne sait pas

	Rupture			**Rupture**
□$_1$	Placement		□$_{11}$	Perte d'emploi
□$_2$	Deuil d'un parent		□$_{12}$	Perte d'un logement
□$_3$	Deuil d'un frère ou d'une sœur		□$_{13}$	Maladie
□$_4$	Deuil d'un fils/fille		□$_{14}$	Maltraitance dans l'enfance
□$_5$	Deuil d'un(e) conjoint(e)		□$_{15}$	Violence conjugale
□$_6$	Deuil autre : _____		□$_{16}$	Détention
□$_7$	Déménagement/Immigration		□$_{17}$	Dette
□$_8$	Rupture de contact avec un parent		□$_{18}$	Addiction substances illicites ou autre
□$_9$	Rupture de contact avec un enfant		□$_{19}$	Addiction alcool
□$_{10}$	Divorce/séparation conjugale		□$_{20}$	Accident
	Autre : _____		□$_{21}$	Trouble psychiatrique

→ ***Q69bis. Précisions :*** _____

_____

_____

Q70. Quel(s) évènement(s) ont conduit la personne dans la rue ?

□$_1$ Eloignement géographique hors expulsion et motifs financiers □$_2$ Expulsion du logement □$_3$ Expulsion de chez un tiers
□$_4$ Séparation conjugal □$_5$ Séparation familiale □$_6$ Travail (chômage, accident du travail..)
□$_7$ Décès d'un proche (famille, ami…) □$_8$ Maladie □$_9$ Sortie de détention □$_{10}$ Violences conjugales ou familiales
□$_{11}$ Autre :_____ □$_{99}$ Ne sait pas

→ *Complément d'information* : _____

_____

VI. INFORMATIONS SUR LE LOGEMENT

Q71. Lieux d'habitation (où la personne a dormi au moins une nuit) :

	Lieu d'habitation	Temps passé dans ce lieu en jours
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Temps cumulé de vie entière…	Précis si connu	En classe
… **Q72.** En situation de rue *(rue ou hébergement d'urgence)*	____ jours OU ____mois OU ____années	□$_0$ Jamais □$_1$ <6 mois □$_2$ [6 mois – 1 an [□$_3$ [1 – 5 ans [□$_4$ [5 – 10 ans [□$_5$ ≥10 ans □$_9$ NSP
… **Q73.** Hébergé, mais sans logement personnel	____ jours OU ____mois OU ____années	□$_0$ Jamais □$_1$ <6 mois □$_2$ [6 mois – 1 an [□$_3$ [1 – 5 ans [□$_4$ [5 – 10 ans [□$_5$ ≥10 ans □$_9$ NSP

Q74. Logement pérenne disponible : □$_1$ Oui □$_2$ Non

Précisions :_____

_____

Q 75. Autres infos sur le logement : _____

_____

_____

Stabilité du lieu de vie

	3 mois	1 an
Q76. Nombre de changements **Choisi** de lieu de vie		
Q77. Nombre de changement **Subi** de lieu de vie		
Q78. Nombre de lieux de vie fréquentés (au moins une nuit)		

Q79.Fréquentation Accueil de jour au cours de la dernière année : □$_0$ Non □$_1$ Oui, ponctuellement □$_2$ Oui, régulièrement □$_3$ Oui, fréquence NSP □$_9$ NSP

Précision : _____

Q80. Fréquentation Hébergement d'urgence au cours de la dernière année : □$_0$ Non □$_1$ Oui, ponctuellement □$_2$ Oui, régulièrement □$_3$ Oui, fréquence NSP □$_9$ NSP Précision : _____

VII. INFORMATIONS MEDICALES

Aucune information : □

Q81. Addictions : □$_0$ Non □$_1$ Oui, anciennement □$_2$ Oui, actuellement □$_9$ NSP

- **Q82.** Alcool : □$_0$ Non □$_1$ Oui, anciennement □$_2$ Oui, actuellement □$_9$ NSP
- **Q83.** Drogue : □$_0$ Non □$_1$ Oui, anciennement □$_2$ Oui, actuellement □$_9$ NSP
- **Q84.** Médicament : □$_0$ Non □$_1$ Oui, anciennement □$_2$ Oui, actuellement □$_9$ NSP
- **Q85.** Tabac : □$_0$ Non □$_1$ Oui, anciennement □$_2$ Oui, actuellement □$_9$ NSP

→ **Q86.** *Précisions* : _____

Q87. Trouble Mental (y compris dépression, tentative de suicide) : □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP

→ **Q88. Source médicale :** □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$NSP

Q89. ***Si oui, précisez :*** _____

Q90 La personne at elle bénéficié d'une consultation psychiatrique ? □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$NSP

Q91 La personne at elle bénéficié d'un traitement psychiatrique ? □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$NSP

Q92. Hospitalisation au moment du décès : □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP

→ ***Q92bis. Précisez :*** _____

Q93. (Autre) Hospitalisation dans les 12 mois précédent le décès : □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP

→***Q93bis. Précisez :*** _____

_____

Q94. Nombre **d'hospitalisations** au cours des 12 derniers mois **:** _____ □$_{999}$ NSP

Q95. Nombre **d'admissions aux urgences** au cours des 12 derniers mois **:** _____ □$_{999}$ **NSP**

Q96 Durée d'hospitalisation globale au cours des 12 derniers mois

□$_1$ <1 semaine □$_2$ [1 semaine-un mois [□$_3$ [1 et 3 mois [

□$_4$ [3 et 6 mois [□$_5$ ≥6 mois □$_9$

Q97. Durée de la dernière hospitalisation : _____Jours □$_{999}$ NSP

Q98 Temps entre la dernière sortie et le décès : □$_1$ <1 semaine □$_2$ [1 semaine-un mois [□$_3$ [1 et 3 mois [

□$_4$ [3 et 6 mois [□$_5$ ≥6 mois □$_9$ NSP

Q99. Suivi médical : □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP

→**Q99bis.** ***Si oui, précisez :*** _____

Q100. Autres informations sur le parcours et le suivi médical : _____

_____

_____

_____

VIII. CONTACTS CONCERNANT LA PERSONNE

	Nom	Qui est-ce ?	Téléphone / Contact	Date du 1er contact
1				__/__/____
2				__/__/____
3				__/__/____
4				__/__/____
5				__/__/____
6				__/__/____

IX. INFORMATIONS FUNERAILLES

Q101. Date des funérailles : __ / __ / ____ **Q101. Lieu des funérailles**: _____

Q102. Devenir du corps : □$_1$ Inhumation □$_2$ Crémation □$_3$ Rapatriement □$_9$ NSP

Q103 Type de convoi : □$_1$ Convoi individuel □$_2$ Convoi collectif □$_9$ NSP

Q104. Prise en charge par la ville ? □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP **Q94bis. Quelle ville ?** _____

Q105. Qui a organisé les funérailles ? _____

Q106. Qui était présent ? _____

Q107. Autres informations inhumation : _____

_____

_____

Q108. Compte rendu Thiais consulté par équipe épidémio : □$_1$ Oui et questionnaire complété □$_2$ Oui et pas d'info□$_1$ Non, à faire □$_2$ Sans objet, pas accompagné à Thiais

Q 109. Autres informations libres sur la personne, les proches, etc.. :_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Annexe 7 – Données recueillies par la surveillance du CMDR

Le recueil de données est rétrospectif et mené auprès de tiers. Il concerne la vie entière de la personne, de l'enfance aux causes et circonstances du décès. Les personnes étant décédées, et le CMDR n'ayant pas eu de contact avec elles de leur vivant, nous devons nous tourner vers des tierces personnes les ayant connues : éducateur.trice, maraudeur.se, proche, voisin, ...

Cette méthode de recueil indirecte et rétrospective induit de fait des biais.

Les données démographiques :

Cette partie aborde des informations permettant de croiser la base de données avec d'autres bases de données :

Nom, prénom, surnom, date de naissance, pays de naissance, commune de naissance pour les personnes nées en France.

Une variable « statut » correspondant aux différentes définitions « actuellement en situation de rue », « actuellement hébergé », « probablement « SDF » ou « anciennement « SDF » et une variable permettant d'indiquer si le corps a été identifié.

Pour l'âge, la date de naissance est souhaitée pour calculer l'âge exact et croiser les données du CMDR avec celles de l'Inserm-CépiDC. Toutefois, si la date de naissance exacte est inconnue, il est possible d'indiquer l'âge en années. Si l'âge précis est inconnu et qu'un âge « environ » est indiqué, la variable « âge » n'est pas remplie et la classe d'âge choisie est celle juste au-dessus de l'âge approximatif indiqué.

Dans cette partie est indiquée aussi la nationalité, catégorisée en française, union européenne (UE, au sens des 27 pays appartenant en 2015 à l'UE), hors UE, double nationalité dont française, double nationalité dont UE, double nationalité hors UE.

Les données sur le décès

Cette partie comprend les informations relatives au décès :

- Acte de décès reçu,
- Date de décès,
- Date à laquelle le CMDR a appris le décès,
- Statut final du décès,
- Commune et région du décès,
- Lieu du décès,
- Source ayant signalé le décès au CMDR,
- Cause du décès,
- Source ayant transmis la cause de décès,
- Simultanéité du décès avec un autre,
- Demande d'autopsie.

Le contexte administratif, social et familial

La partie concernant le contexte social est subdivisée en plusieurs parties :

- Situation administrative au moment du décès : cette partie permet de comprendre le mode de vie de la personne au moment du décès et son accès aux droits.
- Enfance : cette partie vise à comprendre le parcours de la personne pendant l'enfance, notamment qui a élevé la personne, si la personne a été placée et le niveau d'études le plus élevé.
- Famille et parcours de vie : cette partie vise à décrire le tissu familial et les liens qui subsistent avec les membres de la famille, ainsi que les ruptures qu'a pu connaître la personne au cours de sa vie. Pour ce dernier point, deux questions ont été posées : une première permet d'indiquer tous les évènements qui ont pu constituer une rupture pour la personne (un décès, une perte de contact, une séparation conjugale, une perte d'emploi ou une maladie grave), quel que soit le moment auquel est survenu l'évènement ; une deuxième permet d'indiquer le ou les évènement(s) qui auraient conduit la personne à une situation de rue.
- Lien social : cette partie permet d'indiquer si la personne bénéficiait d'un suivi social, et si elle possédait des liens sociaux autres que ceux décrits précédemment (autre qu'un compagnon/compagne, famille, ou services sociaux/associations en charge du suivi social).
- Travail/ressources : cette partie concerne le parcours professionnel de la personne, le fait qu'elle ait exercé un travail au cours des 12 mois ayant précédé le décès et les sources de revenu.
- Une dernière question permet d'indiquer si des démarches étaient en cours au moment du décès ou avaient abouti récemment (au cours des 12 derniers mois).

Le logement

Cette partie retrace rétrospectivement les différents types d'habitation de la personne, à partir du lieu d'habitation occupé la veille du décès. Le temps passé en situation de rue y est renseigné, c'est-à-dire le temps cumulé vie entière[55] pendant lequel la personne a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans des foyers d'urgence, et le temps sans logement personnel, c'est-à-dire le temps cumulé vie entière pendant lequel la personne a dormi dans un lieu conduisant à considérer la personne comme « hébergée ».

Depuis 2015, le questionnaire inclut une dimension de stabilité d'hébergement, comprenant une question sur le nombre de lieux où la personne a dormi au cours des 3 derniers mois et de la dernière année. Une question porte également sur le nombre de changements subis (indépendants de la volonté de la personne) ou choisis (consécutifs à la volonté de la personne).

Les données médicales

Cette partie permet de décrire les antécédents médicaux de la personne, les addictions, pathologies, troubles mentaux et hospitalisations.

Les contacts

Cette partie permet de lister toutes les personnes ayant eu un contact avec le CMDR au sujet de la personne décédée.

Les données concernant l'inhumation

Cette partie permet de garder une trace de la date et du lieu de l'inhumation, mais aussi du déroulement de l'inhumation (présence de la famille, accompagnement par le CMDR...).

Une partie de commentaires libres

Enfin, une partie de commentaires libres permet de recueillir certaines informations supplémentaires qui pourraient paraître intéressantes.

[55] Le « temps cumulé vie entière en situation de rue » signifie l'addition, sur la vie entière de l'individu, de toutes les périodes pendant lesquelles la personne a été en situation de rue.

Annexe 8 – **Typologie de l'exclusion liée au logement ETHOS**

ETHOS 2007 Typologie européenne de l'exclusion liée au logement

L'exclusion liée au logement est un des problèmes de société traités dans le cadre de la Stratégie européenne pour la protection et l'inclusion sociale. La prévention de l'exclusion liée au logement et la réintégration des personnes sans domicile sont des questions qui nécessitent une connaissance des parcours et trajectoires qui mènent à de telles situations de vie.

FEANTSA, Fédération européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, a développé une typologie de l'exclusion liée au logement appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion).

La typologie part du principe que le concept de "logement" (ou *"home"* en anglais) est composé de trois domaines, dont l'absence pourrait constituer une forme d'exclusion liée au logement. Le fait d'avoir un logement peut être interprété comme: avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement *(domaine physique)*; avoir un lieu de vie privée pour entretenir des relations sociales *(domaine social)*; et avoir un titre légal d'occupation *(domaine légal)*. De ce concept de logement sont dérivées quatre formes d'exclusion liée au logement: être sans abri, être sans logement, être en situation de logement précaire, être en situation de logement inadéquat - des situations qui indiquent toutes *l'absence d'un logement*. ETHOS classe donc les personnes sans domicile en fonction de leur situation de vie ou de logement *("home")*. Ces catégories conceptuelles sont divisées en 13 catégories opérationnelles qui peuvent être utiles sur le plan de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement.

		Catégorie opérationnelle	Situation de vie		Définition générique
> Catégorie Conceptuelle >	SANS ABRI	1 Personnes vivant dans la rue	1.1	Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
		2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1	Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix
	SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1	Foyer d'hébergement d'insertion	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
			3.2	Logement provisoire	
			3.3	Hébergement de transition avec accompagnement	
		4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1	Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
		5 Personnes en hébergement pour immigrés	5.1	Logement provisoire/centres d'accueil	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants
			5.2	Hébergement pour travailleurs migrants	
		6 Personnes sortant d'institutions	6.1	Institutions pénales	Pas de logement disponible avant la libération
			6.2	Institutions médicales (*)	Reste plus longtemps que prévu par manque de logement
			6.3	Institutions pour enfants / homes	Pas de logement identifié (p.ex. au 18e anniversaire)
		7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	7.1	Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)
			7.2	Logement accompagné pour ex-sans-abri	
	LOGEMENT PRÉCAIRE	8 Personnes en habitat précaire	8.1	Provisoirement hébergé dans la famille/ chez des amis	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement
			8.2	Sans bail de (sous-)location	Occupation d'une habitation sans bail légal Occupation illégale d'un logement;
			8.3	Occupation illégale d'un terrain	Occupation d'un terrain sans droit légal
		9 Personnes menacées d'expulsion	9.1	Application d'une décision d'expulsion (location)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels
			9.2	Avis de saisie (propriétaire)	Quand le prêteur possède un avis légal de saisie
		10 Personnes menacées de violences domestiques	10.1	Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques
	LOGEMENT INADÉQUAT	11 Personnes vivant dans des structures provisoires/ non conventionnelles	11.1	Mobile homes	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel
			11.2	Construction non conventionnelle	Abri, baraquement ou cabane de fortune
			11.3	Habitat provisoire	Baraque ou cabine de structure semi permanente
		12 Personnes en logement indigne	12.1	Logements inhabitables occcupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction
		13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1	Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables

Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an.
Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNECE/EUROSTAT (2006)

(*) Inclut les centres de désintoxication, les hôpitaux psychiatriques, etc.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter le 5e *bilan de statistiques sur l'exclusion liée au logement en Europe* (Edgar et Meert) sur le site de la FEANTSA www.feantsa.org.

La FEANTSA est soutenue financièrement par la Commission européenne. Les opinions exprimées sont celles des intervenants, la Commission n'est pas responsable de l'utilisation des informations qui sont incluses dans le présent dossier.

FEANTSA

Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL

European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL

194, Chaussée de Louvain ■ 1210 Bruxelles ■ Belgique ■ Tél.: +32 2 538 66 69 ■ Fax: +32 2 539 41 74 ■ office@feantsa.org ■ www.feantsa.org

Annexe 9 – Tableaux de données recueillies par le CMDR

Données relatives à l'état de santé

Tableau 17 - *Éléments relatifs à la santé des personnes sans chez soi décédées et recensées par le CMDR en 2020, France*

Variables	Sans chez soi 2020 (N=587)		Sans chez soi 2012-2019 (N=4289)	
	n	(%)	n	(%)
Suivi médical				
Pas d'informations disponibles	432	(74)	3750	(87)
Non	25	(4)	142	(3)
Oui	130	(22)	397	(9)
Troubles addictifs				
Addiction à l'alcool				
Pas d'information	400	(68)	2949	(69)
Non	28	(5)	154	(4)
Ancienne	10	(2)	101	(2)
Actuel	149	(25)	1085	(25)
Addiction aux drogues				
Pas d'information	438	(75)	3566	(83)
Non	50	(9)	329	(8)
Ancienne	14	(2)	74	(2)
Actuel	85	(14)	320	7)
Addiction aux médicaments				
Pas d'information	492	(84)	3863	(90)
Non	61	(10)	326	(8)
Ancienne	4	(1)	6	(<1)
Actuel	30	(5)	94	(2)
Addiction au tabac				
Pas d'information	475	(81)	3600	(84)
Non	22	(4)	114	(3)
Ancienne	1	(<1)	24	(1)
Actuel	89	(15)	551	(13)
Etat psychologique				
Antécédents mentaux				
Pas d'information	419	(71)	3180	(74)
Non	71	(12)	575	(13)
Oui	97	(17)	534	(12)
Consultation psychiatrique				
Pas d'information	504	(86)	3999	(93)
Non	46	(8)	114	(3)
Oui	37	(6)	176	(4)
Traitement psychiatrique				
Pas d'information	513	(87)	4069	(95)
Non	57	(10)	116	(3)
Oui	17	(3)	104	(2)
Hospitalisation au moment du décès				
Pas d'information	336	(57)	1831	(43)
Non	149	(25)	1465	(34)
Oui	102	(17)	993	(23)
Hospitalisation (dernière année)				
Pas d'information	458	(78)	3560	(83)
Non	37	(6)	192	(4)
Oui	92	(16)	537	(13)

Données relatives au suivi administratif

Tableau 18 - *Éléments relatifs au suivi administratif des personnes sans chez soi décédées et recensées par le CMDR en 2020, France*

Variables	Sans chez soi 2020 (N=587)		Sans chez soi 2012-2019 (N=4289)	
	n	(%)	n	(%)
Existence d'un suivi social				
Pas d'information disponible	387	(66)	2940	(69)
Pas de suivi social	10	(2)	85	(2)
Bénéficie d'un suivi social	190	(32)	1264	(29)
3 premiers acteurs du suivi social	*[n=190]*		-	
Associations	*64*	*(34)*		
Maraudes	*26*	*(14)*		
CCAS	*22*	*(12)*		
Mise en œuvre de démarches sociales (dernière année)				
Pas d'information disponible	455	(78)	3327	(78)
Aucune démarche initiée	23	(4)	225	(5)
Refus de toute aide	15	(3)	83	(2)
Démarche initiée	94	(16)	645	(15)
5 principales démarches réalisées	*[n=94]*		-	
Accès au logement	*26*	*(28)*		
Autre	*19*	*(20)*		
Accès aux soins	*11*	*(12)*		
Régularisation de la situation administrative	*6*	*(6)*		
Recherche d'emploi	*3*	*(3)*		
Domiciliation				
Pas d'information disponible	327	(56)	2827	(66)
Absence de domiciliation	47	(8)	203	(5)
Bénéficie d'une domiciliation	213	(36)	1259	(29)
Adresse de domiciliation	*[n=213]*		*[n=1259]*	
Association	*92*	*(43)*	*542*	*(43)*
CCAS	*49*	*(23)*	*217*	*(17)*
Non précisé	*26*	*(12)*	*86*	*(7)*
Centre d'hébergement	*22*	*(10)*	*226*	*(18)*
Autre	*12*	*(6)*	*75*	*(6)*
Membre de la famille	*6*	*(3)*	*45*	*(4)*
Hotel	*3*	*(1)*	*11*	*(1)*
à son propore domicile	*2*	*(1)*	*27*	*(2)*
Ami ou connaissance	*1*	*(<1)*	*30*	*(2)*
Protection juridique				
Pas d'information disponible	494	(84)	3566	(83)
Pas de protection jurdique	58	(10)	547	(13)
Bénéficie d'une protection jurdique	35	(6)	176	(4)
Type de protection juridique	*[n=35]*		*[n=176]*	
Tutelle	*17*	*(49)*	*99*	*(56)*
Curatelle	*16*	*(46)*	*59*	*(34)*
Autre	*-*	*-*	*8*	*(5)*
Non précisé	*1*	*(3)*	*10*	*(6)*

Variables	Sans chez soi 2020 (N=587)		Sans chez soi 2012-2019 (N=4289)	
	n	(%)	n	(%)
Couverture santé				
Pas d'information disponible	416	(71)	3390	(79)
Pas de couverture santé	23	(4)	123	(3)
Bénéficie d'une couverture santé	148	(25)	776	(18)
Sources de revenus				
Pas d'information disponible	392	(67)	3116	(73)
Pas de revenus	22	(4)	145	(3)
A bénéficié d'un revenu	173	(30)	1028	(24)
Type de revenus disponibles	*[n=173]*		*[n=1028]*	
Minima ou salaire	*111*	*(64)*	*682*	*(66)*
Revenus issus de la mendicité ou de services informels	*43*	*(25)*	*266*	*(26)*
Minima/salaire et mendicité/services informels	*19*	*(8)*	*80*	*(8)*
Etudes les plus élevées				
Pas d'information disponible	550	(94)	3948	(92)
Pas d'étude	7	(1)	19	(<1)
A fait des études	30	(5)	322	(8)
Niveau d'étude	*[n=30]*		*[n=322]*	
Préparation d'un CAP, BEP, seconde pro	*13*	*(43)*	*82*	*(26)*
Collège	*7*	*(23)*	*90*	*(28)*
Etudes supérieures	*6*	*(20)*	*48*	*(15)*
Lycée général	*3*	*(10)*	*54*	*(17)*
Lycée technologique	*1*	*(3)*	*7*	*(2)*
Primaire	*-*	*-*	*41*	*(13)*
Travail pendant les 12 derniers mois				
Pas d'information disponible	435	(74)	3001	(70)
Pas de travail	126	(22)	1187	(28)
A travaillé	26	(4)	101	(2)
Type d'activité	*[n=26]*		*[n=101]*	
Travail occassionnel	*16*	*(62)*	*67*	*(66)*
Travail à temps plein	*5*	*(19)*	*19*	*(19)*
Travail à temps partiel	*5*	*(19)*	*15*	*(15)*
Régularité administrative des personnes nées à l'étranger	[n=324]		[n=2141]	
Absence d'information	254	(78)	1702	(80)
Situation régulière	37	(11)	221	(10)
Situation irrégulière	33	(10)	218	(10)

Données relatives à l'enfance et aux ruptures

Tableau 19 - ***Éléments relatifs à l'enfance, aux ruptures et aux événements ayant conduit à la rue des personnes sans chez soi décédées et recensées par le CMDR en 2020, France***

Variables	Sans chez soi 2020 (N=587)		Sans chez soi 2012-2019 (N=4289)	
	n	(%)	n	(%)
Placements durant l'enfance				
Pas d'information disponible	488	(83)	3874	(90)
Pas de placements durant l'enfance	77	(13)	316	(7)
Existence d'un placement	22	(4)	99	(2)
Type de placement	*[n=22]*		*[n=99]*	
Non précisé	*10*	*(45)*	*28*	*(29)*
En institution	*7*	*(32)*	*30*	*(30)*
En famille d'accueil	*3*	*(14)*	*25*	*(25)*
En alternace famille - foyer	*2*	*(9)*	*16*	*(16)*
Ruptures au cours de la vie				
Pas d'informations disponibles	155	(26)	2585	(60)
Informations recueillies	432	(74)	1704	(40)
10 Principales ruptures rencontrées	*[n=432]*		-	
Déménagement/immigration	*134*	*(31)*		
Déménagement/immigration & Maladie grave	*20*	*(5)*		
Divorce/séparation conjuguale	*15*	*(2)*		
Consommationde substances illicites	*10*	*(2)*		
Consommation d'alcool	*8*	*(2)*		
Consommation d'alcool & de substances psycho-actives	*7*	*(2)*		
Rupture de contact avec enfant & Divorce/séparation conjuguale & consommation d'alcool	*6*	*(1)*		
Déménagement/immigration & Troubles psychologiques	*6*	*(1)*		
Déménagement/immigration & Consommation d'alcool	*6*	*(1)*		
Déménagement/immigration & Consommation d'alcool & de substances psycho-actives	*5*	*(1)*		
Evenement(s) ayant conduit à la rue				
Pas d'informations disponibles	471	(81)	3670	(86)
Informations recueillies	114	(19)	615	(14)
5 Principaux événéments ayant conduit à la rue	*[n=114]*		-	
Séparation familiale	*16*	*(14)*		
Séparation conjuguale	*14*	*(12)*		
Eloignement géographique (hors expulsions et motifs financiers)	*13*	*(12)*		
Décès d'un proche (famille, ami, …)	*7*	*(6)*		
Expulsion du logement	*7*	*(6)*		

Tableau 20 - *Éléments relatifs à l'errance et à l'hébergement des personnes sans chez soi décédées et recensées par le CMDR en 2020, France*

Variables	Sans chez soi 2020 (N=587)		Sans chez soi 2012-2019 (N=4289)	
	n	(%)	n	(%)
Temps d'errance global				
Distribution par classe de temps				
Ne sait pas	*274*	*(47)*		
< 6 mois	*14*	*(2)*		
[6 mois - 12 mois[	*14*	*(2)*		
[1 an - 5 ans[	*79*	*(13)*		
[5 ans - 10 ans [	*66*	*(11)*		
≥ 10 ans	*140*	*(24)*		
Fréquentation des Accueils de jour ou ESI				
Pas d'information disponible	464	(79)	3320	(77)
Non	64	(11)	494	(12)
Oui mais sans information de fréquence	10	(2)	50	(1)
Oui, ponctuellement	23	(4)	179	(4)
Oui, régulièrement	26	(4)	246	(6)
Fréquentation des hébergements d'urgence				
Pas d'information disponible	462	(79)	3304	(77)
Non	79	(13)	485	(11)
Oui mais sans information de fréquence	10	(2)	50	(1)
Oui, ponctuellement	19	(3)	211	(5)
Oui, régulièrement	17	(3)	239	(6)